

Technická univerzita v Liberci

**FAKULTA PŘÍRODOVĚDNĚ-HUMANITNÍ A PEDAGOGICKÁ**

**Katedra:** Sociálních studií a speciální pedagogiky

**Studijní program:** Sociální práce

**Studijní obor  
(kombinace):** Penitenciární péče

# SYNDROM VYHOŠTENÍ U ZDRAVOTNICKÝCH ZÁCHRANÁŘŮ MEDICAL RESCUERS BURNOUT

**Bakalářská práce:** 08-FP-KSS-4019

**Autor:**

**Podpis:**

Petr Matějka

**Adresa:**

Aloisina Výšina 557

460 05, Liberec 15

**Vedoucí práce:** Mgr. Květuše Sluková.

**Počet**

stran	graf	obrázk	tabulek	pramen	příloh
70	18	4	18	20	3

V Liberci dne:

## **Prohlášení**

Byl(a) jsem seznámen(a) s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje zákon  
. 121/2000 Sb. o právu autorském, zejména § 60 – školní dílo.

Beru na vědomí, že Technická univerzita v Liberci (TUL) nezasahuje do mých  
autorských práv užitím mé bakalářské práce pro vnitřní potřebu TUL.

Užiji-li bakalářskou práci nebo poskytnu-li licenci k jejímu využití, jsem si vědom  
povinnosti informovat o této skutečnosti TUL; v tomto případě má TUL právo ode mne  
požadovat úhradu nákladů, které vynaložila na vytvoření díla, až do jejich skutečné výše.

Bakalářskou práci jsem vypracoval(a) samostatně s použitím uvedené literatury a na  
základě konzultací s vedoucím bakalářské práce a konzultantem.

V Liberci dne:

Petr Matějka

.....

Tímto bych rád poděkoval Mgr. Květuši Slukové, vedoucí mé bakalářské práce, za trpělivost a konstruktivní připomínky, které mi poskytla při zpracování mé práce.

**Název bakalářské práce:** Syndrom vyhoření u zdravotnických záchranářů

**Název bakalářské práce:** Medical rescuers burnout

**Název bakalářské práce:** Das Syndrom vom Ausbrennen bei den Rettungssanitätern

**Jméno a příjmení autora:** Petr Matějka

**Akademický rok odevzdání bakalářské práce:** 2009/2010

**Vedoucí bakalářské práce:** Mgr. Květuše Sluková

## **Anotace**

Bakalářská práce se zabývá problematikou syndromu vyhoření u zdravotnických záchranářů. Zkoumá vliv pohlaví, věku, vzdělání a délky praxe na vznik syndromu vyhoření u této pomáhající profese. První, teoretická, část práce vymezuje termín syndrom vyhoření, jeho příčiny, fáze a projevy. Využívá se též jeho prevence. Druhá, praktická, část popisuje metody a výsledky výzkumu. Za využití metody dotazníkového šetření byla získána a předložena data od 82 záchranářů Zdravotnické záchranné služby Libereckého kraje. Výsledky výzkumného šetření přinesly odpovědi na předem stanovené předpoklady. V závěru práce jsou navržena doporučení v oblasti prevence vzniku syndromu vyhoření. Za nejvýznamnější přínos práce lze považovat, že díky získaným údajům byl zmapován a popsán výskyt syndromu vyhoření mezi zaměstnanci konkrétní zdravotnické záchranné služby.

## **Annotation**

This thesis considers a problem of the medical rescuers burnout. The thesis compares sex, age, education and length of service of the medical rescue staff and their impact on burnout. First part of this thesis, which is theoretical, specifies definition of the burnout, its reasons, phases and signs. It also describes a prevention of burnout. Second part of this thesis, which is practical part, describes methods and research results. 82 medical rescuers of Liberec rescue Department County were interviewed and results of the interview are written in thesis. These results confirm hypothesis which had already been determined before. Recommendations for burnout prevention are suggested in final part of this thesis. Burnout of specific members Rescue staff was described and charted by questionnaire and this can be considered as the most beneficial fact of thesis.

## **Die Zusammenfassung**

Die Bachelorarbeit beschäftigt sich mit der Problematik des Syndrom vom Ausbrennen bei den Rettungssanitätern. Sie erforscht die Einflüsse des Geschlechtes, Alters, der Ausbildung und Praxisläge auf die Entstehung dieses Syndroms, seine Ursachen, Phasen und Auswirkungen. Die Arbeit sucht auch die Möglichkeiten der Prävention. Der zweite praktische Teil beschreibt die Methoden und Ergebnisse der Forschung. In dem Fragebogen wurden die Angaben von 82 Rettungssanitätern vom Rettungsdienst in dem Kreis Liberec versammelt. Die Erforschungsergebnisse ergaben die Antworten auf die am Anfang gestellten Hypothesen. Im Schluss werden einige Empfehlungen im Rahmen der Prävention der Entstehung des Syndroms vom Ausbrennen vorgeschlagen. Der größte Beitrag der Arbeit liegt wahrscheinlich in der Dateiversammlung und Beschreibung des Auftretens des Syndroms vom Ausbrennen zwischen den Angestellten eines konkreten Rettungsdienstes.

## **Klíčová slova**

Stres – syndrom vyhoření – burnout syndrom – pomáhající profese – stresor - práce terénních záchranných týmů – osobnost záchranáře – supervizní skupiny

## OBSAH

### Strana

<b>1. ÚVOD .....</b>	<b>7</b>
<b>2. TEORETICKÉ ZPRACOVÁNÍ PROBLÉMU .....</b>	<b>9</b>
2. 1. Stres .....	9
2. 1. 1. Patofyziologie stresu .....	11
2. 1. 2. Definice stresu .....	12
2. 1. 3. Příčiny stresu .....	13
2. 1. 3. 1. Objektivní stresové faktory a osobní faktory zátěže .....	13
2. 1. 3. 2. Kdy a jak dochází ke stresu .....	14
2. 2. Syndrom vyhoření .....	16
2. 2. 1. Příčiny vzniku syndromu vyhoření .....	19
2. 2. 2. Vývojové fáze syndromu vyhoření .....	20
2. 2. 3. Příznaky syndromu vyhoření .....	21
2. 3. Syndrom vyhoření u zdravotnických profesí .....	23
2. 3. 1. Smyslnost zaměstnání .....	24
2. 4. Prevence syndromu vyhoření .....	24
2. 4. 1. Prevence syndromu vyhoření z pohledu jednotlivce .....	25
2. 4. 2. Prevence syndromu vyhoření z pohledu zaměstnavatele: .....	27
2. 4. 3. Nevhodné způsoby vyrovnání se syndromem vyhoření .....	27
2. 4. 4. Zkušenosti s řešením syndromu vyhoření v prostředí ZZS .....	28
<b>3. PRAKTICKÁ ČÁST .....</b>	<b>30</b>
3. 1. Cíl .....	30
3. 2. Metoda výzkumného šetření .....	30
3. 3. Předpoklady .....	32
3. 4. Popis, charakteristika zkoumaného vzorku .....	32
3. 5. Popis a diskuse zjištěných dat .....	36
3. 6. Vyhodnocení předpokladů .....	54
<b>4. ZÁVĚR A DISKUSE .....</b>	<b>56</b>
<b>5. NÁVRH NA OPATŘENÍ .....</b>	<b>59</b>
<b>6. SEZNAM POUŽITÝCH INFORMAČNÍCH ZDROJŮ .....</b>	<b>61</b>
<b>7. Seznam PŘÍLOH: .....</b>	<b>63</b>

## **Seznam použitých zkratk**

**ACTH:** Adrenokortikotropní hormon

**ARO:** anesteziologicko-resuscita ní odd lení

**HZS:** hasi ský záchranný sbor

**JIP:** jednotka intenzivní pé e

**LZS:** letecká záchranná služba

**MKN:** mezinárodní klasifikace nemocí

**P R:** policie eské republiky

**RZP:** rychlá zdravotnická pomoc

**SŠ s mat.:** st ední škola s maturitou

**VOŠ:** vyšší odborná škola

**VŠ:** vysoká škola

**ZZS LK:** Zdravotnická záchranná služba Libereckého kraje

**ZZS:** zdravotnická záchranná služba

# 1. ÚVOD

Poprvé se v odborných kruzích začal pojem syndrom vyhoření objevovat v první polovině 70. let 20. století. Henrych Freudenberg jako první podrobně popsal tento soubor příznaků a použil termínu „burnout“. Zpočátku byl tento výraz překládán jako syndrom vyprahlosti, prázdnoty, vyhasnutí, vyhaslosti. Později se ustálil právě používaný název syndrom vyhoření.

Tento stav nevzniká náhle. Jedná se o dlouhodobý proces, který se zpravidla vyskytuje v profesích, jejichž náplní je intenzivní a velice náročná práce s lidmi. Jedná se o profese, které procházejí napříč mnoha obory lidské činnosti. Používá se pro něj souhrnné označení tzv. „pomáhající profese“.

V současné době je problematice syndromu vyhoření věnována obrovská pozornost a to nejen v odborné literatuře. Dalo by se namítnout, že jistou zásluhu na této pozornosti má určitá módní vlna, která je pro soudobou společnost typická. Dnes není problém najít články na toto téma dokonce ani v různých bulvárních časopisech, kdy součástí těchto článků jsou i „zaručené“ rady, jak s problémem syndromu vyhoření bojovat.

Je zřejmé, že výskyt syndromu vyhoření má stoupající tendenci. Hlavní příčiny lze spatřovat v neustále se zvyšujícím životním tempu, které s sebou přináší rostoucí nároky na člověka. Zároveň s prodlužující se aktivní dobou lidského života se úmrtí prodlužuje doba, po kterou je člověk nucen vzdorovat těmto nárokům.

Před pěti lety jsem byl zaměstnán na záchranné službě na pozici zdravotnického záchranáře. Toto zaměstnání jsem vykonával po dobu pěti let což mi umožnilo dle mého přání proniknout do tohoto specifického prostředí. Díky současnému zaměstnání se do prostředí záchranné služby znovu vracím, tentokrát ovšem na pozici stážisty. Takovýto odlišný úhel pohledu mi umožnil vidět práci záchranáře ze zcela jiného pohledu.

Na základě svých zkušeností a na základě projevů jednotlivých pracovníků, u kterých byla zjevná patrná chronická únava, problémy v osobních vztazích, nervozita, apatie, přepracovanost a různé chronické zdravotní obtíže, jsem se rozhodl zaměřit svou bakalářskou práci na vnímání stresového prostředí a následné projevy syndromu vyhoření v závislosti na době strávené v prostředí zdravotnické záchranné služby.



V současné době působí na území naší republiky relativně velké množství různých subjektů, které ve svém názvu používají slova jako záchranná, rescue a podobné ekvivalenty těchto slov. Ovšem pouze zdravotnické záchranné služby jsou primárně určeny k poskytování odborné pédnemocnické pomoci. Pracovníci zdravotnických záchranných služeb pracující na pozicích zdravotnických záchranářů jsou velice úzkou, specifickou a svým způsobem uzavřenou skupinou mezi ostatními skupinami pracovníků, kteří se pohybují v prostředí pomáhajících profesí.

Svou podstatou se jedná o velice náročné povolání, které klade obrovské nároky jak na psychickou tak i fyzickou odolnost. Při výkonu svého povolání přicházejí zdravotníci záchranář i do neustálého kontaktu s lidmi, kteří zahrnují celé spektrum společnosti. Vzhledem k akutnímu zhoršení svého zdravotního stavu a pocitu přímého ohrožení života vyžadují tyto lidé od záchranářů maximální nasazení a profesionalitu. Což je naprosto pochopitelné. Každodenní styk s vědomím, že jsou to právě oni, na kterých závisí život i zdraví pacienta, je pouhým vrcholem neuvěřitelného množství stresových podnětů, kterým jsou tyto lidé vystaveni.

Dá se říci, že záchranář i nikdy nezasahuje na dvou identických místech a za stejných podmínek. Mnohdy ani opakovaný zásah u jednoho pacienta není identický. Je jedno, zda se jejich zásah odehrává v relativním pohodlí svého bytu nebo za deště na dálnici. Musí pracovat naplno a to bez ohledu na denní i noční dobu, na roční období, zda se jedná o naprostou zdravotní banalitu, která mnohdy hraničí se zneužitím záchranné služby nebo jde-li o několik desítek minut trvající boj o pacient v život, při kterém se záchranář i dostávají na samotnou hranici svých možností. Za všech těchto okolností musí být jejich odvedená práce na naprosto profesionální úrovni. V odborné literatuře bývá záchranářská profese zpravidla popsána několika výstižnými body.

- **„základními požadavky na osobnost záchranáře jsou znalost, zkušenost, zručnost, rychlost a chladnokrevnost**
- **charakteristika práce terénních záchranných týmů (ZZS, HZS, PR)**
  - práce na delší směny, ve dne i v noci
  - poslání, sebeobětování se
  - hluk, špína, nepříznivé počasí (zima, déšť, sníh...)
  - setkávání se s „lidmi v nejhorším“, ale také s „nejhoršími lidmi“
  - nepředvídatelnost – „takové věci se prostě stávají“, „všechno je možné“
  - nic nefunguje na 100%, nutnost improvizace
  - během sekund změna z nudy na terór („záchranář ležící nebo břízící“)

- *ešení kritických situací – záchrana života, emo n vypjaté situace*
- *stravování i osobní hygiena ve sp chu a ve stresu*
- *ohrožení, nebezpečí, pop ípad nasazení života*
- *práce ve dvou- i t í lenných týmech, sociální izolace*
- *vždy cizí pracovní prostředí*
- *lidé málokdy pod kují*
- *odbourána kontrola, vysoká zodpov dnost jedinc*
- *vysoké nároky na odbornost – teoretické znalosti i praktické schopnosti*
- *vysoké nároky na charakter, psychickou stabilitu a efektivitu chování“*

(Bydžovský, 2008, s.312)

## 2. TEORETICKÉ ZPRACOVÁNÍ PROBLÉMU

### 2. 1. Stres

Od samého vzniku je lidský druh ve svém vývoji doprovázen stresem. V dávné minulosti chránila stresová reakce lov ka v situacích, kdy byl přímo ohrožen na život . Šlo nap . o kontakt s divokou a dravou zví, pop ípad s nep ítelem, se kterým bylo nutno bojovat. lov k m l za t chto situací na výb r ze dvou možností - boj o život pop ípad út k. Každá z t chto variant p inesla organismu možnost zcela beze zbytk využít všech fyziologických proces , které stresová reakce v t le spustila.

V sou asné době je situace zcela odlišná. Organismu sice z stala geneticky daná schopnost stresové reakce, která p i ohrožení spouští stejné procesy jako u prav kého lov ka, ovšem sou asný lov k vzhledem ke stávajícímu zp sobu života nemá možnost tuto reakci oproti prav kému lov ku využít. P edstava fyzického útoku namí eného proti nad ízenému, pop ípad út k z nep íjemného jednání, je v sou asné době opravdu nemožná. Výsledkem je nevyužití fyziologických proces , které v organismu spustí stresová reakce. Následkem toho dochází v organismu ke hromad ní chemických látek, které není t lo schopno spot ebovat. Na základ tohoto procesu dochází k následnému poškozování organismu stresem.

Slovo “stres“ k nám proniklo z anglického “stress“, a to vzniklo z latinského slovesa “stringo, stringere, strinxi, strictum“. Co znamenalo v latin ? P íslušný latinský slovník íká, že znamená “utahovati, stahovati, zadržovati – jako smy ku kolem krku odsouzence, kterého v ší na šibenici“

(K ivohlavý, 1997)

Najít v odborné literatuře přesnou a jednotnou definici stresu je svým způsobem obtížné a pravděpodobně i nemožné. S nadsázkou se dá říci, že co autor, to jiná definice. Lze ovšem konstatovat, že všichni autoři hovoří o stejném problému a popisují stejný stav. Jen volí odlišná slova a jiné formulace.

- „Stres je výsledkem interakce (vzájemné reakce) mezi určitou silou působící na člověka a schopností organismu odolat tomuto tlaku.“ (H. Selye)
- „Stres je extrémní a neobvyklá situace, jejíž hrozba vyvolává významnou změnu chování.“ (R. G. Miller)
- „Stres vyjadřuje situaci člověka v napětí (tenzi) při řešení problému, když se do cesty řešení tohoto problému postaví nepříkročitelná překážka.“ (A. Howard a R. A. Scott)
- „Stresem označíme extrémně vyostřenou situaci, kdy je osobnost vážně ohrožena dlouhodobou frustrací (neuspokojením základních potřeb).“ (M. H. Appley)
- „Stres je takový stav organismu, kdy nadměrné množství energie je využíváno na řešení problémů. Tolik energie by nemuselo být použito, kdyby se tyto problémy daly řešit normálně.“ (A. Antonovsky)
- „Stresem označíme takovou změnu v organismu, která v určitém stavu ohrožení (například předtřeskem operací) může vyvolat vysoký stupeň napětí, rozvrátit zaběhlá schémata každodenního způsobu jednání, která oslabuje mentální výkonnost a vyvolává subjektivně nepříjemné stavy afektivního vyerpání.“ (I. L. Janis)
- „Stresem je nejen přímé, bezprostřední ohrožení člověka, ale i předjímání (anticipace) takového ohrožení a s ním spojený strach, bolest, nejistota, úzkost apod.“ (M. H. Appley a R. Trumbull) (Křivohlavý, 1997)
- „Stres je soubor reakcí organismu na podněty (stresory), které narušují normální funkci organismu. Jediné, čemu je vystaven takový nárokový (zátěžový), o němž se domnívá, že k jejich zvládnutí nemá dostatečnou adaptační kapacitu. Podstatná je tedy subjektivita emočního a kognitivního zpracování situace, to, zda člověk subjektivně prožívá a interpretuje situace i podněty jako zátěžové (stresové).“

(Křivohlavý, 2003 s. 9)

*„Stres tzv. choroba století; hovor. termín všeobecně nadužívaný pro konflikt, úzkost, frustraci, vyšší aktivizaci a situace nepříjemně pociťované v běžném životě; v psychol. nadměrná zátěž neúnikového druhu vedoucí k trvalé stresové reakci, ústící ve fyzická a duševní poškození, k poruše adrenokortikálních funkcí a psychosomatickým poruchám; liší se od neurotické reakce, v níž somatické poškození a porucha může být vyvolána únikovým mechanismem.“*

(Hartl, Hartlová, 2000, s. 568)

## 2. 1. 1. Patofyziologie stresu

Stresová reakce organismu připravená (živočišná) na reakci, která umožňuje přežití organismu. Je to útěk nebo obrana. S fyzickými projevy stresu je možno se setkat každodenně nejen u sebe, ale i u lidí v našem okolí. Patří mezi ně například tachykardie, mydriáza, husí kůže, pocení, atd. Patofyziologie dělí stres na tři fáze:

1. *„Poplachová reakce – projevuje se aktivací sympatoadrenálního systému, vyplavením katecholaminů z dráhy nadledvin a jak se ukázalo dodatečně – hypersekrecí ACTH (adrenokortikotropní hormon předního laloku hypofýzy stimulující práci kůry nadledvin) a glukokortikoidů (už od počátečních fází).“*
2. *„Fáze rezistence – období, kdy je adaptace na stres maximální – hyperaktivita systému ACTH – kůra nadledvin je plně rozvinutá, ale stále má ještě rezervy. Tato fáze vzniká při trvalém nebo opakovaném působení stresu, pokud intenzita stresu není příliš vysoká, organismus nehyne.“*
3. *„Fáze vyčerpaní – získaná rezistence je nedostatečná nebo se ztrácí, takže to může být způsobeno nadměrnou intenzitou stresu (pak tato fáze navazuje přímo na poplachovou reakci), poruchou sekrece v systému hypofýzy – kůra nadledvin nebo abnormálními adaptačními reakcemi – pak mluvíme o nemocích z adaptace. Zdá se však, že při jinou negativních dlouhodobých následků adaptace na stres nemusí být abnormální adaptační reakce, ale že tyto negativní následky (stresové nemoci) vyplývají z normálních stresových reakcí, zejména z aktivace sympatoadrenálního systému, hypersekrece ACTH a kůry nadledvin a jejich metabolických následků.“*

(Shrieiber, 1985, s. 122)

Stres je příčinou mnoha onemocnění. K nejčastěji uváděným onemocněním, které je přímo dáváno do souvislosti se stresem, patří ischemická choroba srdeční. Toto onemocnění ve zvýšené míře postihuje lidi, kteří jsou dlouhodobě vystaveni stresu.

V současné době se toto onemocnění začíná poměrně často objevovat i u pacientů ve věkové kategorii 30- 40 let, což bylo v dřívější době velice neobvyklé. Jako hlavní příčina je uváděn právě výše zmíněný stres. Jako další onemocnění, na jejichž propuknutí se stres podílí, jsou uváděna:

hypertenze - v tomto případě se jedná o proces, kdy se přirozená fyziologická reakce organismu změnila v onemocnění,  
vředová choroba žaludku a dvanáctníku,  
alergie - v případě tohoto onemocnění se stres významně podílí na zhoršení projevu nemoci.

Jako další choroby, které jsou dávány do souvislosti se stresem se uvádí:

migréna,  
stresová porucha menstruačního cyklu,  
diabetes,  
onemocnění pohybového aparátu.

Toto je výčet pouze několika onemocnění, u kterých je stres uváděn jako jeden ze základních faktorů podílejících se na propuknutí nemoci. Samozřejmě, že tento výčet není zdaleka konečný. Podíl stresu by se jistě prokázal i u mnoha dalších nemocí.

## 2. 1. 2. Definice stresu

Stres působící na člověka je v základu dělen na dvě kategorie. Jedná se o **pozitivně vnímaný stres**, který je nazýván **eustres**. Jeho protíváhou je **negativně vnímaný stres**, nazývaný **distres**. Převod těchto odborných názvů lze hledat v etymologii. Předpona eu- je připojována ke slovům, které vyjadřují euforické (radostné) nálady. Předpona dis- je spojována se slovy, které vystihují disforické (depresivní) nálady.

**Eustres** - Na organismus působí kladně prožívaný stres, převážně je spojen s prožíváním intenzivních prožitků dvou zamilovaných osob. „*Příkladem může být rozehrávání pískávání kladně emocionálně zabarvené události (například přejezd milované osoby).*“

(Kivohlavý, 1997, s. 12)

**Distres** - Negativně prožívaný stres projevující se v nepříznivých situacích. Právě pro označení těchto situací je využíván termín stres. Termín „je používán pro nejnepříznivější stresové situace. (V běžné mluvě má termín „stres“ vždy nádech tohoto negativního vlivu.)“

(Kivohlavý, 1997, s. 12)

### **Dělení dle intenzity stresu:**

**Zátěž:** stav organismu, který se pohybuje těsně pod hranicí vzniku stresu.

**Hypostres:** první stupeň stresu. Definuje stav organismu, u kterého již došlo k rozvoji stresu, přesto je organismus tento stav schopen zvládat, popřípadě si zvyknout, užívá se zpravidla u pomalu postupujících vlivů monotónnosti.

**Hyperstres:** stupeň zátěže organismu dosahuje takové míry, že jsou překročeny veškeré hranice adaptability.

### **2.1.3. Příčiny stresu**

Určit jednoznačnou hlavní příčinu stresu je prakticky nemožné. Přesto je jeden inženýr, na kterém se shodují všichni odborníci, kteří se touto problematikou zabývají. Je jím životní styl určený společností, jejímž trendem je neustálé zvyšování nároků na jednotlivce. Velice zásadní roli v současné době hrají také mezilidské vztahy, z nichž posléze pramení další stresory. **Stresor** lze chápat jako negativní vliv působící na člověka. Ve zkratce by se dalo říci, že stres pramení z jakékoliv lidské činnosti.

V žádném případě není a ani nemůže být výčet všech stresorů, které jsou uvedené v této kapitole, úplný. Dělení stresorů do jednotlivých kategorií se odlišuje dle zaměření autorů jednotlivých publikací.

*„Nkteří autoři dle zátěžových faktorů do dvou kategorií – objektivní (vázané především na situaci) a osobní faktory zátěže (spojené spíše s osobnostními charakteristikami daného jedince).“*

(Komárková, 2001, s.94.)

#### **2.1.3.1. Objektivní stresové faktory a osobní faktory zátěže**

Mezi objektivní stresové faktory jsou zařazeny závažné životní události a každodenní drobné stresové zátěže.

##### ***Závažné životní události***

- 1. „Relativně setrvalé problémy, konflikty v ohrožení v denním životě spojené se sociální rolí“*
- 2. Situace spojené s prostředím a životními okolnostmi*
- 3. Socioekonomický statut*
- 4. Sociokulturní makrofaktory dané zařazením jedince do dané společnosti a kultury.*

5. *Kvalita života, do které je zahrnováno somatické zdraví, psychologická pohoda.*

### ***Drobné denní situace***

1. *Reakce na monotónní opakování každodenních inností*
2. *Nahromadění mnoha drobných povinností*
3. *Neekvaná nutnost řešit „drobné“ záležitosti na úkor „důležitých“*

### ***Osobní faktory zátěže***

1. *Osobní vlastnosti (styl chování)*
2. *Vzdělání, schopnosti, dovednosti, znalosti, zkušenosti*
3. *Zvyky a návyky (zdravotně relevantní chování)*
4. *Genetická výbava, biologické vlastnosti (pohlaví, věk, aktuální zdravotní stav)“*

(Komárková, 2001, s. 94.)

## **2. 1. 3. 2. Kdy a jak dochází ke stresu**

Další definice stresu je uváděna přímo podle jednotlivých oblastí každodenní innosti, do které zasahuje. Velmi výrazně zde převažuje stres působící v souvislosti se zaměstnáním. Velké množství kladených požadavků na člověka a zároveň malá míra ovlivnění událostí způsobuje nadměrnou stresovou zátěž - přetížení množstvím práce.

Nejmarkantnější příklady takto působícího stresu pochází z Japonska. Tato země je dávana za negativní vzor pracovního nasazení, které sice vede k ekonomickému rozvoji země a následnému blahobytu obyvatelstva, ovšem stresová zátěž pramenící z tohoto nasazení je neuvěřitelná. Japonské zákony umožňují přiznat zaměstnanci odškodnění z důvodu pracovního přetížení. *Existuje dokonce Japonský termín „karoši“ pro úmrtí z důvodu pracovního přetížení. (2., s. 175)* Jen v roce 2001 zemřelo v Japonsku z důvodu karoši 690 osob.

Jak již bylo výše uvedeno, „pro odlišení vnitřní těžké, tísnivé situace člověka ve stresové situaci, tj. člověka ve stresu, a okolností, podmínek i podnětů, které na ně hovoří, používá se stále častěji termínu „stresor“ pro druhou skupinu jevů. Termín „stresor“ je možno chápat jako „negativní na člověka působící vliv“.

(Kivohlavý, 1997 s. 12)

Pro d lení stresor jsou používány termíny:

1. „**Ministresory** – p ípadn až mikrostressory - vyjad ují pom rn mírné až velmi mírné okolnosti i podmínky vyvolávající stres. P íkladem m že být dlouhodob poci ovaný nedostatek lásky, který se kumuluje, až dosáhne hranice stresu, takže uvádí lov ka do stavu vnit ní tísn .
2. **Makrostressory** – jsou d siv p sobící, deptající a vše ni ící vlivy“.

(K ivohlavý, 1997 s. 13)

Co m žeme po ítat mezi stressory? Prudké sv tlo, nadm rný hluk, nízkou nebo vysokou teplotu, narození dít te, úmrtí, únos, znásiln ní, válku, setkání, s atek, rozvod, st hování, chronické onemocn ní, ztrátu zam stnání, ztrátu životní role, v práci nebo ve škole: zkoušky, dopravní špi ka, termíny úkol . K ivohlavý rozlišuje 2 základní skupiny stresor – fyzikální a emocionální.

### **Fyzikální stressory**

„Jedy a skoro-jedy (alkohol, nikotin, kofein a jiné drogy). Po ítáme sem i radiaci, vyza ování ultrafialových a infra ervených paprsk , nízký obsah kyslíku ve vzduchu, zne išt ní vzduchu, p íliš silné magnetické pole, vibrace, ot esy, elektrošoky, meteorologické vlivy, zm ny ro ních období, zm ny tlaku ve vzduch (komprese i dekomprese), viry, bakterie, katastrofy (záplavy, zem t esení), nehody, úrazy, ale i genetickou zát ž, t hotenství, necht ý sexuální styk (znásiln ní).“

(K ivohlavý, 1997 s. 12)

### **Emocionální stressory**

adíme sem úzkost (anxiozitu),“ zármutek, obavy a strach, nenávisť, nep átelství, zlobu, „otrávenost“, nevyspalost, senzorickou deprivaci (nedostatek podn t pro povzbuzení smyslové innosti), o ekávání – anticipaci, že se n co strašného stane, p ílišnou ustaranost, obavy z p estoupení spole enského zákazu, n jakého „tabu“

(K ivohlavý, 1997 s. 12)

Toto je jen áste ný vý et všech stresor , které podn cují organismus k reakci a následnému rozvoji stresu.



## 2. 2. Syndrom vyhoření

Odborný slovník popisuje syndrom vyhoření, pro který se užívá také anglický název „burnout“, jako: *„ztráta profesionálního zájmu nebo osobního zaujetí u poskytovatele služeb, který je spojen s pomáhajícími profesemi; nejčastěji je spojeno se ztrátou identity a poslání; projevuje se pocitem zklamání, hořkostí při hodnocení minulosti; postižený ztrácí zájem o svou práci, spokojuje se s každodenním stereotypem, rutinou, nevidí důvod pro další sebevzdělávání a osobní rozvoj; snaží se pouze přežít, nemít problémy; jde o stav konečný, a pokud vývoj je plíživý, a tím nebezpečný; vývoj lze rozdělit do předchorobí: jedinec by chtěl pracovat co nejlépe, touží po úspěchu, ale ten nepřichází; následují tři stádia; symptomy prvního stádia: nic nestíhá, stále v časové nouzi, jeho práce začíná ztrácet systém; symptomy druhého stádia: výskyt běžných stádií neurózy provázený pocitem, že pokračovat musí na co dále, výsledkem je chaos; symptomy třetího stádia: pocit, že „musí“, se ztrácí a obrací ve vzdor, že „nemusí“ nic, kolegové jej obtěžují už jen svou přítomností, pryč jsou zbytky zájmu, nadšení, zůstává jen únava a zklamání; obranou proti vyhoření je víra ve smysl povolání a v domněnku potěšení z toho, že je vždy možné nalézt něco, na co se lze těšit, že je vždy možný další rozvoj; pomáhá též duševní hygiena, relaxace; zvlášť rychle k nemu může dojít u personálu na jednotkách intenzivní péče a zařízeních typu hospic, kde už neexistuje naděje na vyléčení a je pocíťována jen malá gratifikace z práce.“*

(Hartl, Hartlová, 2000, s. 586)

Tento výraz se v psychologii poprvé objevil v první polovině 70. let 20. století. Henrych Freudenberg jako první podrobně popsal tento soubor příznaků a použil termínu „burnout“. Je mylné se domnívat, že lidé předtím, než Henrych Freudenberg popsal tento syndrom, podobnými potížemi netrpěli. Pouze nikdo tento problém komplexně nezkoumal a nikdo jej nepopsal. Lze se s jistotou domnívat, že syndrom vyhoření se vyskytoval například u ošetřovatelského personálu pracujícího v prvních nemocnicích pro chudé. Ty se vyznačovaly na jedné straně obrovským počtem pacientů, kteří byly zpravidla ve vážném zdravotním stavu, a na straně druhé nejen nedostatkem potřebného vybavení, ale především nedostatkem ošetřujícího personálu, na který byly kladeny na svou dobu nepředstavitelné nároky.

*„Syndrom vyhoření postihuje motivované lidi, s vysokými cíli a velkými očekáváními. Vyhořelí jsou pouze ti, kteří „hořeli“. To znamená, že ti, kteří se do práce poušteli s nadšením, zápalem a jsou vysoce emocionálně angažováni, nadšení může vydržet dlouhodobě pouze pokud jsou naplňována jejich očekávání. Oběma vyhoření se stávají lidé, kteří se vrhnou do práce s lidmi s nesplnitelnými ideály a nadměrným očekáváním, které neobstojí*

*v konfrontaci s realitou. Dále jsou to lidé, kteří mají na sebe vysoké nároky a nesplní cíl prožívají jako porážku. Také osoby nadměrně zodpovědné, úzkostlivé a s rysy perfekcionismu jsou více ohroženy. Touha po uznání a ocenění patří k přirozené a zdravé psychické výbavě. Touha po dokonalosti je nesplnitelnou fikcí.“*

(Brtošková, 2006, s. 25)

*„Syndrom vyhoření vzniká dlouhodobým zabýváním se situacemi, které nejsou emocionálně náročné. Objevuje se při práci s lidmi v tzv. „pomáhajících profesích“. Souvisí jednak se zátěží, ale také je důsledkem selhání osobních „coping mechanism“ (mechanism zvládání nároků). Při jeho vzniku se kombinuje velké očekávání pracovníka (subjektivní přání) a opakovaný zážitek pracovníka, že už nemůže dále tento nárok mít dostát. Ve spojení s přesvědčením, že vložené úsilí je naprosto neadekvátní nízkému výslednému efektu nebo ohodnocení, vede k vyhoření.“*

(Brtošková, 2006, s. 21)

Jak již bylo zmíněno výše, jsou to právě pracovníci pomáhajících profesí, kteří jsou do značné míry při výkonu své profese ohroženi syndromem vyhoření. Tyto profese mají několik shodných znaků. Zpravidla se projevují nárazovostí, vysokou náročností na vykonávanou činnost, intenzivním kontaktem s lidmi a mnohdy také nedostatečným ohodnocením. A to nejen po finanční stránce, ale často schází i obyčejné lidské poděkování ze strany klienta za práci, kterou odborný pracovník v jeho prospěch odvedl.

*„Přehled hlavních profesních skupin, u nichž lze pravděpodobně za určitých okolností předpokládat vznik syndromu vyhoření*

*lékaři,*

*zdravotní sestry,*

*další zdravotnickí pracovníci,*

*psychologové,*

*sociální pracovníci a pracovníce ve všech oborech,*

*učitelé na všech stupních škol,*

*pracovníci pošty všeho druhu,*

*dispečeri a dispečerky,*

*policisté, především v případě výkonu služby, kriminalisté a členové posádek*

*motorizovaných hlídek,*

*právníci (zvláště advokáti)*

*pracovníci v znic (dozorci, ale i další zaměstnanci)*

*profesionální funkcionáři  
 politici,  
 manažeri,  
 poradci a informátoři,  
 úředníci v bankách, úředníci a orgánech státní správy,  
 příslušníci ozbrojených sil (armáda, letectvo)  
 duchovní a řádové sestry,  
 nezaměstnané kategorie (umělci, sportovci nebo osoby samostatně výdělečně činné), které jsou v kontaktu s ostatními lidmi a jsou závislé na jejich hodnocení.“*

(Švingalová, 2006, s. 51)

Dalo by se říci, že na první pohled je tento seznam profesí natolik obsáhlý, že zahrnuje všechny profese, které jsou ohroženy syndromem vyhoření. Vzhledem k pokračujícímu vývoji naší společnosti a zvyšujícím se nároky na jedince, plus neustálá fiktivní hrozba nedostatku času a práce pod tlakem, toto všechno má za následek, že výše uvedený výčet profesí není zdaleka konečný a další profese budou na tomto seznamu přibývat. Tento názor zastávají i autoři odborných pramenů, kteří se syndromem vyhoření dlouhodobě zabývají. Na druhou stranu to, že člověk vykonává některou z výše uvedených profesí neznamena, že u něj dojde k rozvoji syndromu vyhoření. Je mnoho faktorů, které snižují pravděpodobnost rozvoje syndromu vyhoření.

*„Snižené riziko vzniku syndromu vyhoření je zaznamenáno u lidí:  
 s dobrou sociální oporou jak na pracovišti, tak v osobním životě,  
 dostatečně asertivních,  
 schopných organizovat svůj čas, oddělit pracovní a mimopracovní život,  
 schopných odpovídat,  
 ovlivňujících charakter a pestrost své práce,  
 optimistických a spokojených se svým životem, s pocitem osobní pohody, pozitivně  
 emočně laděných,  
 s pozitivní sebedůvěrou a sebehodnocením,  
 s pocitem adekvátního společenského a ekonomického uznání své profese,  
 vrozeně odolných vůči stresu,“*

(Švingalová, 2006, s. 52)

Oproti tomu je řada lidí, kteří jsou mnohem méně odolní proti vzniku syndromu vyhoření než jiní lidé. Tuto skutečnost má na svém celá řada faktorů. Na jedné straně to mohou být genetické dispozice, přes horečné pracovní nasazení, až například nevhodný nadížený na straně druhé.

*„Zvýšené riziko vzniku syndromu vyhoření je popisováno u lidí:  
kteří mají dlouhodobý a intenzivní kontakt s jinými osobami - klienty, pacienty, žáky,  
zákazníky...,  
s nedostatečnými sociálními oporami a zájemem,  
pracujících převážně s vysokým nasazením,  
idealistických,  
převážně velmi obětavých, s vysokou mírou empatie,  
málo asertivních,  
soutěživých,  
zodpovědných, pečlivých až pedantských, perfekcionista, perfekcionistických,  
neschopných relaxace,  
zatížených navíc mimopracovními náročnými situacemi,  
žijících pod tlakem,  
málo sebevědomých, s nízkým sebehodnocením,  
úzkostných,  
depresivních,  
považujících svou profesi za společensky podceňovanou,  
trpících syndromem pomáhajících.“*

(Švingalová, 2006, s. 54)

### **2. 2. 1. Příčiny vzniku syndromu vyhoření**

1. **„Ztráta ideálů** – kdy na počátku práce je nadšení, které se postupně vytrácí při setkávání se s potížemi, realitou, překážkami a kdy se začne dříve či později vytrácet smysl práce rukou v ruce se ztrátou důvěry ve vlastní schopnosti.
2. **Workaholismus** – tedy závislost na práci, které člověk propadne stejně zhoubně jako droze. Není to velká pracovitost, jde spíše o nutkavou vnitřní potřebu hodně pracovat, která pomáhá utéci před jinými pocity. U lidí, kteří pracují intenzivně, s vysokým osobním nasazením a bez odpočinku, vzniká syndrom vyhoření snadno. Další potíží je v tom, že bývá „léčen“, respektive přehlášen další hektickou činností.

3. „**Teror p íležitosti**“ – který popisuje životní pocit n kterých hodn aktivních lidí, kterým práce roste pod rukama ne proto, že by tak pomalu ubývala, ale protože každým úkolem, který p íjmou, se jim po ase objeví n kolik dalších, které p edstavují lákavé p íležitosti jak na výchozí úkol navázat. Byl by h ích šanci nevyužít a velmi je láká p íležitost uchopit – až na to, že asem se za íná ukazovat, že dostát závazk m všech rozpracovaných záležitostí spot eboává veškerý as a energii. Neschopnost slevit pak po ase dovede pracovníka také k syndromu vyho ení. Nejde zde o nutkavost workholika, spíše o nedostatek ádu v život , o horší kontakt s realitou (chybí odhad, co bude stát kolik asu) a n kdy též schopnosti odmítnout.“

(Brtošíková, 2006, s. 34)

### 2. 2. 2. Vývojové fáze syndromu vyho ení

Stejn jako u p esné definice stresu se auto i odborné literatury ve svých výkladech syndromu vyho ení rozcházejí. A p estože popisují stejnou problematiku, nejsou schopni docílit jednotné definice. Obdobný nesoulad panuje i u problematiky p esné definice jednotlivých fází syndromu vyho ení. U r zných odborných zdroj je možno nalézt rozpor, jak v po tu fází syndromu vyho ení, tak ve výkladu jednotlivých fází. Jedno však všichni auto i mají společné - syndrom vyho ení postihuje pouze lidi, kte í na za átku projevovali nezm rné nadšení pro svou práci a jejich ideálem bylo výrazné p ísp ní ke zm n , do té doby zab hnutého, systému práce.

Fáze syndromu vyho ení dle r zných autor :

**„fáze nadšení:** pracovník má velikou angažovanost pro svou práci a vysoké ideály, kterým se snaží dostát i za cenu chronického pracovního p et žování,

**fáze frustrace:** výsledky práce neodpovídají p vodní p edstav ani vynaloženému úsilí, pracovník se cítí zklamán,

**fáze apatie a stagnace:** lov k polevuje ve své pracovní aktivit (soust e uje se pouze na rutinní profesní postupy) i v nadšení pro práci,

**fáze celkového vy erpání:** dostavují se obtíže v psychické, sociální a t lesné oblasti, které p etrvávají i po snaze o regeneraci sil.“

(Švingalová, 2006, s. 50)

**„nadšení:** vysoké ideály, vysoká angažovanost;

**stagnace:** ideály se neda í realizovat, m ní se jejich zam ení. Požadavky klient , jejich p íbuzných i zam stnavatele za ínají obt žovat;

**frustrace:** pracovník vnímá klienta negativně, pracoviště pro něj představuje velké zklamání;

**apatie:** mezi pracovníkem a klientem vládne nepřátelství, pracovník se vyhýbá odborným rozhovorům s kolegy a jakýmkoliv aktivitám;

**syndrom vyhoření:** dosaženo stádia úplného vyerpání – ztráta smyslu práce, cynismus, odosobnění, odcizení, vymizení reflexe vnitřních norem;“

(Tošner, Tošnerová, 2000, s. 5)

„1. fáze nadšení, kde v popředí jsou ideály, zaujetí a dochází k přetěžování se,

2. fáze – vyerpání, jak psychické, tak fyzické,

3. fáze – dehumanizované vnímání sociálního okolí, odcizení, obranné postoje,

4. fáze – vyerpání, negativismus, lhostejnost,“

(Brtošíková, 2006, s. 29)

### 2. 2. 3. Příznaky syndromu vyhoření

Stanovit diagnózu zlomeniny ruky je v současné době velice jednoduchá věc. Pacient lékaři popíše mechanismus úrazu, ukáže na místo, které je nejvíce bolestivé, a na základě těchto skutečností odešle lékaře pacienta na RTG vyšetření, které s konečnou jistotou potvrdí přesnou diagnózu.

Bohužel stanovit takto jednoduše a jasně diagnózu syndromu vyhoření nelze. Konkrétní příznaky jsou velice bohaté a u každého postiženého jedince mají jinou podobu. Jeden příznak je ovšem pro všechny společný. Obtíže se vyskytují v souvislosti s vykonávaným povoláním. Syndrom vyhoření je celým souborem jednotlivých symptomů, které se prolínají a zasahují do různých oblastí. Jedná se o tělesnou, sociální, kognitivní (poznávací a rozumovou) a emocionální oblast.

Jednotlivé příznaky u člověka probíhají dvojí formou. Jde o symptomy zjevné, které jsou na postiženém viditelné, a skryté, které sice nejsou na chování postiženého viditelné, ale o to více mohou být nebezpečné.

Zjevné příznaky se projevují převážně bezdůvodným kolísáním nálad, depresí, pocitem chronické únavy, která neustupuje ani po odpočinku, nerozhodností v situacích, které dříve postižený zvládal bez problémů, podrážděností, bezdůvodnou agresivitou, nervozitou a ztrátou zájmu o dříve oblíbené věci.

Osoby postižené skrytými příznaky psychického onemocnění, mají pocit bezradnosti a bezmocnosti, trpí bolestmi hlavy, bezdůvodným tlakem, problémy zažívacího traktu, psychickou nesrovnalostí a negativním duševním postojem.

Je zřejmé, že člověk postižený syndromem vyhoštění se v pozdější fázi snaží příznaky skrývat a bagatelizovat nejen před sebou, ale i před svým okolím. Jsou to právě lidé z nejbližšího okolí postiženého, a to jak z pracovního kolektivu, tak z rodinného kruhu, kteří mohou odhalit první příznaky syndromu vyhoštění. A postiženému pomoci tím, že nabídnou pomoc při řešení jeho problémů.

Jak již bylo výše uvedeno, obraz syndromu vyhoštění je popisován souborem psychických příznaků promítajících se do 4 rovin – kognitivní, emocionální, tělesné a sociální.

#### **„Kognitivní rovina“ (poznávací a rozumová)**

*ztráta nadšení, schopnosti pracovního nasazení, zodpovědnosti;*

*nechuť, lhostejnost k práci;*

*negativní postoj k sobě, k práci, k instituci, ke společnosti, k životu;*

*únik do fantazie;*

*potíže se soustředěním, zapomínáním;*

#### **Emocionální rovina**

*slabost, pocity bezmoci, popudlivost, agresivita, nespokojenost;*

*pocit nedostatku uznání;*

#### **Tělesné příznaky**

*poruchy spánku, chuti k jídlu, náchylnost k nemocím, vegetativní obtíže (srdce, dýchání, zažívání);*

*rychlá unavitelnost, vyčerpanost, svalové napětí, vysoký krevní tlak;*

#### **Sociální vztahy**

*ubývání angažovanosti, snahy pomáhat problémovým klientům;*

*omezení kontaktu s klienty a jejich příbuznými;*

*omezení kontaktů s kolegy;*

*přibývání konfliktů v oblasti soukromí;*

*nedostatečná připravenost k výkonu práce;“*

(Tošner, Tošnerová, 2000, s. 5)

Na syndrom vyhoření pamatuje též MKN (mezinárodní klasifikace nemocí). Pod kódem Z 73.0 a názvem Vyhasnutí (vyhoření). Syndrom vyhoření je zařazen do kategorie Faktory ovlivňující zdravotní stav.

### **2. 3. Syndrom vyhoření u zdravotnických profesí**

Málokterý obor lidské činnosti prošel v relativně krátkém časovém úseku takový rozvoj jako zdravotnictví. Platí to nejen z pohledu rozvoje medicínských znalostí, z čehož vyplývají neustále se zvyšující nároky a tlak na kontinuální vzdělání odborného personálu. Mnozí z pacientů, kteří dnes opouští nemocnice, by před několika lety neměli šanci své onemocnění přežít. V současné době se celý zdravotnický systém v České republice nachází v procesu hlubokých a převratných změn. Už tyto faktory mají za následek narůstající tlak na jednotlivé zaměstnance.

Jako příklad probíhajících změn lze uvést situaci všeobecné zdravotní sestry. V modelu, který se v našem zdravotnictví užíval několik desítek let, stala zdravotní sestra dokonce Střední zdravotnickou školou a tím se její vzdělání považovalo za ukončené. Výjimkou tvořily sestry pracující na vysoce specializovaných pracovištích typu ARO, JIP a pod. Ty musely své vzdělání doplnit ve dvouletém specializovaném kurzu.

V současné době student, který ukončí Střední zdravotnickou školu, získá pouze statut zdravotnického asistenta. Povolání, který získá tento druh vzdělání, je ve výkonu zdravotnického povolání velice omezen a v hierarchii zdravotnických povolání je zařazen pod zdravotní sestru. V případě, že chce studentka/student vykonávat práci zdravotní sestry, musí ukončit minimálně vyšší odborné studium, popřípadě vysokoškolské studium. Absolvent(ka) zdravotnické školy jakéhokoli stupně je po dobu 2 let oprávněn(a) pracovat pouze pod dohledem registrovaného zdravotníka. Zároveň byl zaveden systém celoživotního vzdělávání, který zdravotní sestra naizuje sbírat kredity z odborných seminářů. Na základě těchto kreditů získává oprávnění k samostatné práci.

Jak je patrné z předchozích údajů, nároky na vzdělání zdravotníků se za posledních deset let velice zvýšily, což u některých samo o sobě může znamenat značný stresový podnět. A to především u starších pracovníků.

Jak bylo výše uvedeno, pracovníci pomáhajících profesí, u kterých vynaložené úsilí převažuje nad pocitem pozitivního přínosu z odvedené práce, jsou v nejvyšší míře ohroženi vznikem syndromu vyhoření. Je zcela bez pochyb, že tato situace se týká i pracovníků pracujících ve zdravotnictví, od kterých je maximální osobní nasazení při výkonu povolání považováno pacienty a okolím za naprostou samozřejmost.



### 2. 3. 1. Symptomatická symptomatologie

Velice specifickým stresorem, který je typický především pro pracovníky ve zdravotnictví a ve službách, je práce ve smíšeném provozu. Jednoznačným a typickým příznakem, který postihuje všechny, kteří pracují ve smíšených provozech, je nedostatek kvantity a kvality spánku. Tato absence kvalitního odpočinku s sebou zcela prokazatelně přináší další obtíže v podobě zdravotních komplikací jako jsou například záševcové obtíže a zhoršení průběhu dalších onemocnění. Zmíněné obtíže se ve zvýšené míře začínají projevovat po 40. roce života, kdy prudce klesá tolerance práce ve smíšeném provozu. Dalším negativem, který s sebou přináší práce ve smíšeném provozu, jsou sociální důsledky. Většina společností funguje v rytmu, ve kterém je pro rodinu, práci, a kulturní sportovní vyžití určená denní doba a pro spánek je určená noční část dne. Platí pro ni pravidelný čtyřadvacetihodinový cyklus. Tento rytmus nemohou osoby, které pracují v nepřetržitém smíšeném provozu, zcela pochopitelně dodržovat. Rozdílný životní rytmus se dříve či později projeví na jisté sociální izolaci, jak bylo zmíněno výše. Zpravidla se tento stav promítá do rodinného života tímto pracovník, do omezení sociálních kontaktů a do omezení možností kulturního sportovního vyžití. Tento stav mnohdy končí projevy problémového rodinného soužití, zvýšenou rozvodovostí, sociální izolací.

### 2. 4. Prevence syndromu vyhoření

Pro účinnou prevenci syndromu vyhoření u pracovníků v pomáhajících profesích je nezbytné identifikovat příčiny vzniku syndromu vyhoření.

Pořádek prevence syndromu vyhoření by měl být položen již při přípravě studentů v oboru pomáhajících profesí. Už při studiu na střední škole by měli být studenti s touto problematikou seznámeni. V dalších stupních studia, což jsou vyšší odborné školy a vysoké školy, by této problematice mělo být věnováno dostatek prostoru pro aktivní výcvik, který umožní studentům připravit se na setkání s tímto problémem a případně jeho zvládnutí v průběhu vykonávání jejich povolání.

Je třeba si uvědomit, že následná a účinná prevence vzniku syndromu vyhoření, máželice úspěšně zabránit rozvoji tohoto onemocnění. Energie vynaložená do prevence se v budoucnu několikanásobně vrátí. Mezi hlavní doporučení, která je třeba v prevenci dodržovat, jsou zejména tato pravidla:

*„Najít v práci optimální stupeň osobní angažovanosti ve vztahu ke klientovi, pacientovi, žákovi, rodiči...“*

*Dodržovat pestrý režim práce.*

*V rámci pracovního dne dlat p estávky a využít je k regeneraci sil.*

*D sledn odd lovat pracovní život od osobního. Je t eba nau ít se zav ít své pracovní starosti za dve mi kancelá e, stejn jako nep inášet s sebou své osobní starosti do zam stnání.*

*Pracovní neúsp chy je t eba negeneralizovat, hodnotit je v širším kontextu a p edevším z hlediska snahy. Pokud byla vynaložena snaha p im ená, není t eba prožívat neúsp ch jako tragédií.*

*Dbát o dobré sociální zázemí, vážit si sociální podpory.*

*Mít realistické nároky na sebe. P ípustit svoji nedokonalost.*

*Stanovit si priority.*

*Být dostate n asertivní.*

*Um t delegovat úkoly na jiné.*

*Um t požádat o pomoc.*

*Nepotla ovat svoje pocity, mluvit o nich, vyjad ovat je, sv ít se.*

- *K tomu n kdy sta í zajít za kolegou a s ním probrat svoje pocity a problémy.*
- *Ideální je ú astnit se r zných supervizních skupin.“*

(Švingalová, 2006, s. 59)

Je naprosto z ejmé, že každý lov k je jinak odolný v í p sobení faktor vedoucích k syndromu vyho ení. „Jestliže je burnout d sledkem nerovnováhy mezi o ekáváním a profesní realitou, je možné tuto diskrepanci zmenšit jednak na stran jedince osvojením si základních postup hodnocení stresogenních situací a strategie zvládání stresu, jednak na stran zam stnavatele zm nou jeho organizace a kultury.“

(Brtošíková, 2006, s. 41)

Jak je patrné z p edchozích ádk , musí být prevence syndromu vyho ení na pracovištích rozdl ena do dvou oblastí. Jedná se o p ístup samotného zam stnance a jeho osobní angažovanost v ešení této problematiky, ovšem nemenší odpov dnost musí také p íjmout zam stnavatel.

#### **2. 4. 1. Prevence syndromu vyho ení z pohledu jednotlivce**

Životní styl: zdravá strava, dostatek kvalitního spánku, nebrat na lehkou váhu varovné signály vlastního t la, zmírn ní pracovního nasazení, dostatek asu pro odpok inek a to i v pr b hu dne, zvládání relaxa ních technik, dostatek prostoru pro vlastní záliby, pohybové aktivity (procházky, sport, jóga, organizované cvi ení...), životní optimismus a humor. Toto je pouze n kolik málo aktivit, které napomáhají

k odvrácení syndromu vyhoření. Obecně se dají zahrnout pod pojem zdravý životní styl.

Mezilidské vztahy: Jedno z nejdůležitějších hledisek je dobré zázemí v osobním životě pomáhajícího. Z hlediska nebezpečí vzniku burnout není nic horšího než dlouhodobě neřešené osobní konflikty v manželství i partnerském vztahu. Pro drtivou většinu lidí je také důležitý kvalitní sexuální život, který se odvíjí od kvalitního partnerského vztahu. Nezbytné je udržování stálých sociálních vazeb a kontaktů s lidmi, kteří nejsou z oboru. Dotýká se tak vyhně tomu, aby se každý rozhovor dříve nebo později stočil k problematice zaměstnání, což bývá problém i v rozhovorech přátel z ad spolupracovníků.

Nepustit práci za práh svého domova: Pracovníci pomáhajících profesí se při své práci setkávají s obrovským množstvím těžkých lidských osudů. Každý si musí najít svůj kompenzační způsob, který mu umožní docílit nelehké věci. Tou je odpoutání se od těchto osudů s koncem pracovní doby. Nedodržování tohoto pravidla může takzvaně stát na počátku konce.

Umět přijmout odbornou pomoc: Pro pracovníky, kteří pomáhají, může být přijetí odborné pomoci spojeno s pocitem zahanbení a představami o vlastním selhání. Přitom však pomoc odborníka ve stavu, kdy má postižený pocit, že vlastními silami není schopen řešit svůj problém, může velice účinně pomoci právě v počátcích a zabránit tak plnému rozvinutí syndromu vyhoření.

Komunikace s okolím: Jedním ze základních prvků pro zvládnutí stresu a následných projevů syndromu vyhoření nejen na pracovišti, ale i v soukromém životě, je rozhodnost v jednání s jinými lidmi. Patří sem umění říci „ne“ svému okolí při pocitu přetížení. Vhodně vedená komunikace může v náročných situacích zmírnit agresivitu mezi lidmi. Této dovednosti je třeba se naučit a dokáže to pouze osoba, která je ochotna se naučit a přijímat nové věci. Umění správné komunikace se získává především obyčejnou praxí. Tato dovednost nám umožní diskutovat o stresu a frustraci s kolegy v zaměstnání a s přáteli. I situace, ve kterých musí dojít k odmítnutí prosby, se díky těmto schopnostem dají řešit vhodným a konstruktivním způsobem.

Zvládnutí projevů agrese: Ovládnutí projevů agrese u sebe sama je umění, ve kterém jsme schopni se zlepšit pouze praxí. Je velice důležité, aby se agresivita nesečkávala s agresivitou. Pouze emocionální reakce na agresivitu vede k diskusi na agresivním

základ , která sice dá krátkodobý pocit zadostiu in ní, ale z dlouhodobého pohledu nep ináší vy ešení problému.

#### 2. 4. 2. Prevence syndromu vyho ení z pohledu zam stnavatele:

Odpov dnost v í zam stnanc m: Zodpov dný a profesionální p ístup zam stnavatele k problematice syndromu vyho ení u zam stnanc m že do budoucna zabránit nejednomu problému spojeným se syndromem vyho ení.

Jasn stanovené priority práce, dobrá organizace práce, práce rozd lená na díl í etapy, které budou zam stnanci schopni zvládnout.

Odpovídající pracovní prostředí: Hluk, nedostatek sv tla, neodpovídající zázemí - tyto a mnoho dalších takzvaných „mali kostí“, které znep íjem ují pracovní prostředí, mohou mít velice negativní vliv na pracovníky. P ítom odpovídající pracovní prostředí s kulturním zázemím pro odpo ínek by m lo tvo ít základ každého pracovišt .

Odborná pomoc kolektivu: Pravidelné supervize za p ítomnosti erudovaného odborníka, kterého pozve zam stnavatel, dokáže do zna né míry zabránit vzniku problému v kolektivu, pop ípad již vzniklé problémy popsat a zahájit jejich ešení.

#### 2. 4. 3. Nevhodné zp soby vyrovnání se syndromem vyho ení

Jedná se o zp soby, které umož ují syndrom vyho ení spíše jen „p ežít“, problémy odsunout do pozadí a na krátkou chvíli na n zapomenout. Dovolují vzniknout falešnému pocitu krátkodobé úlevy. Do budoucna ovšem nep inášejí trvalé ešení a pouze prohlubují a oddalují krizi, která stejn neodvratn nastane.

*„Mezi mén efektivní zp soby zvládnání burnout syndromu pat í nap íklad odchod ze zam stnání a rekvalifikace, která s sebou p ínese opakování téhož kolob hu v jiných kulisách. P ináší s sebou také pravd podobné ekonomické d sledky a riziko pozd jšího hodnocení tohoto kroku jako osobní selhání v krizi. Dalším astým ešením je zm na zam stnání v rámci oboru. P ináší sice úlevu, v tšinou ale pouze do asnou, protože díky tomu, že p enášejí s sebou své zp soby ešení situace, jsou asto i na novém pracovišti konfrontováni se stejnými problémy. Lidé, kte í tímto zp sobem vyst ídají n kolik zam stnání, mohou získat chronický pocit beznad je a selhání. Jinou strategií, astou p edevším ve velkých organizacích, je út k do vyšší pozice, kde už nehrozí obávaný kontakt s klienty i pacienty. A koli se toto ešení m že jevit jako rozumné, jeho nebezpe ím je, že svým postojem ovlivní a poškodí pod ízené, kte í s lidmi pracují. Dále ješt existuje možnost nepodniknout nic. Vedení touhou po sociální jistot zam stnání z stávají n kte í léta na míst ,*

*kteří jim nepínášíní nic krom jistoty a peněz. Stávají se tak rutinéry bez zájmu a náhledu. Mezi neúspěšné strategie pínášející pouze píchodnou úlevu patří také samoléčení, které zejména u zdravotníků píchrauje bžně zneužívané prostředky (kofeín, nikotin, alkohol, lehké drogy), protože pro tuto skupinu je zcela dostupná celá paleta psychofarmak vedoucí v tšinou k rychlé závislosti, zejména anxiolytik nebo stimulantů. Nežádoucí účinky takového samoléčení vyvolávají další problémy a bludná spirála se zaškrcuje. Pro řadu lidí je anxiolytikem i jídlo, zejména sladkosti mezi nimi okládá.“*

(19, str. 25)

Aktivním pístupem ke svému životu a k prevenci mžé pracovník, který se pohybuje v prostředí pomáhajících profesí do značné míry píchějíť vzniku a rozvoji syndromu vyhoení. Zcela optimální situace je, když v tomto snažení není sám, ale je podporován rodinou a na pracovišti je aktivně podporován nadíženým.

Pí zptněm pohledu a díky informacím, které jsem získal o problematice syndromu vyhoení bhem studia, jsem si uvědomil, že jsem se několikrát ve svém životě setkal s lidmi, kteří se pohybovali v pomáhajících profesích a byli doslova u ebnicových píkldů syndromu vyhoení. Bohužel ze strany pracovního kolektivu se nabídnutí pomoci nedokáli, spíše byly jejich obtíže chováním kolegů prohlubovány. Ze strany nadížených bylo jejich chování vyhodnoceno jako nezodpovědné a zcela nevyhovující pro vykonávané zamstání a ve v tšín pípád byly dotyční donuceni opustit zamstání. Tento stav píchuzují jistě neznalosti dané problematiky a neochot píchěít a to jak ze strany spolupracovníků, tak ze strany ídících pracovníků.

#### **2. 4. 4. Zkušenosti s ešením syndromu vyhoení v prostředí ZZS**

V dostupných materiálech jsem se snažil pátrat po tom, jaká pozornost je v nována problematice syndromu vyhoení u zdravotnických záchranných služeb v celé české republice. V současné době je na území naší republiky 14 krajských záchranných služeb v etně záchranné služby Praha. Z izovateli záchranných služeb na našem území jsou krajské úřady a v pípád záchranné služby Praha je to pražský magistrát. Dsledkem této samostatnosti, která na jednu stranu pro organizace pínáší jistě výhody, ovšem na druhou stranu pínáší značnou roztířnost, je jakákoliv absence uceleného programu aktivního postupu proti vzniku syndromu vyhoení u zdravotnických záchrannů v české republice. V literatuře, která se zabývá problematikou urgentní medicíny, je této problematice stále v nována nedostatečná pozornost. To platí i píchěsto, že je v poslední době patrný nárůst výskytu lánků zabývajících se problematikou syndromu vyhoení v odborných periodikách

a tento trend je patrný i na odborných konferencích, kde se lidé, kteří se snaží na tuto problematiku směřovat více pozornosti odborné veřejnosti.

V loňském roce jsem se zúčastnil konference urgentní medicíny pořídané Zdravotnickou záchrannou službou Libereckého kraje. V rámci přednášek zde vystoupila zástupkyně Zdravotnické záchranné služby hlavního města Prahy, která v současné době zasedá pilotní program Psychosociální intervenční služby. Tento program je zaměřen na prevenci následků, které mohou vzniknout u pracovníků po prožití kritických a závažných situací a psychickému opotřebování. Z tohoto vystoupení mě velice zaujaly výsledky dotazníkové akce mezi zástupci Zdravotnické záchranné služby hlavního města Prahy. Tam bylo položeno několik otázek a jednou z nich byl i dotaz na to, zda považují program psychosociální intervenční pomoci pro ně jako záchranné a užitečný. Podle výsledku na tuto otázku odpovědělo kladně prakticky 100% dotazovaných. Při následných rozhovorech s jednotlivými účastníky dotazníkové akce byla všem stejná otázka položena znovu. Bylo velice zajímavé, že velká část respondentů odpověděla zcela odlišně. Tentokrát se vyjádřili v tom smyslu, že podobná služba je pro ně prakticky k ničemu, a že jim stejně nikdo nepomůže.

Na tomto příkladu lze názorně ukázat, že pracovníci v pomáhajících profesích ví, že i v svém náročné povolání jsou ohroženi projevy syndromu vyhoření, avšak navenek se stále tváří, že oni pomoc nepotřebují, a že případné obtíže zvládnou sami bez cizí pomoci. V očích mnoha lidí je právě syndrom vyhoření považován za něco slabošského, něco, co ukazuje, že dotyčný není tím pravým profesionálem. člověk, který veřejně přizná pouhou možnost, že je tímto onemocněním ohrožen, se mnohdy stane terčem nevhodných poznámek a narážek.

Je to právě Zdravotnická záchranná služba hlavního města Prahy, která této problematice vnuje poměrně velkou pozornost a má tendenci stát se vedoucím pracovištěm při zvládání problematiky syndromu vyhoření v tomto velice specifickém prostředí. Naše snaha přináší pozitivní výsledky a ostatní zdravotnické záchranné služby se také začínají této problematice věnovat. Příkladem může být například Zdravotnická záchranná služba Ostrava, kde se také podařilo obdobný program uvést do praxe. Bohužel se zde projevuje již výše zmíněná roztržnost a jednotlivé záchranné služby volí různé způsoby přístupu k této problematice. Mnohdy dochází k situacím, že někde je složitá a zdlouhavá objeveno to, co jinde již dávno a dobře funguje.

### **3. PRAKTICKÁ ÁST**

#### **3. 1. Cíl**

Cíle praktické ásti této bakalářské práce byly dva. Jedním bylo zjistit míru ohrožení syndromem vyhoření u záchranářů pracujících na Zdravotnické záchranné službě Libereckého kraje.

Druhým cílem bylo zjistit, jaké faktory mají vliv na odolnost vůči stresu a rozvoj syndromu vyhoření u pracovníků této pomáhající profese a do jaké míry je tento vliv podstatný. V tomto směru se autor zajímal o délku praxe v oboru, v k, výši dosaženého vzdělání a pohlaví respondentů, což jsou faktory, které autor považoval za nejpodstatnější. Hlediskem, které jej zajímalo nejvíce, byla délka praxe v oboru.

Díky datům a informacím získaným při vyhodnocování dotazníku si autor utvořil představu o vlivu jednotlivých faktorů na vznik syndromu vyhoření u pracovníků Zdravotnické záchranné služby Libereckého kraje. Takto získané informace se autor pokusil analyzovat a výsledné poznatky posléze porovnat s teoretickými závěry, které získal studiem odborných pramenů pro teoretickou část práce.

#### **3. 2. Metoda výzkumného šetření**

Ke zjištění potřebných údajů autor použil metodu dotazníkového sběru potřebných dat. Tuto metodu autor zvolil z důvodu možnosti oslovit několik desítek respondentů z řad pracovníků ZZS LK za azených ve výjezdových skupinách. Dotazníky byly distribuovány na jednotlivá výjezdová stanoviště ZZS LK. Vzhledem k velkému počtu výjezdových stanovišť ZZS v Libereckém kraji byla k této distribuci dotazníků využita vnitřní pošta organizace. Tato metoda distribuce vyžadovala od respondentů nejen spolupráci při vyplnění dotazníku, ale také při jejich následném sběru. To mohla být jistě i jiná toho, pro kterou by počet dotazníků nevrátil zpět nebo byl nevyplněn.

Výzkumné šetření probíhalo v únoru 2010. Celkem bylo v průběhu výzkumu osloveno 90 respondentů. Všichni respondenti jsou zaměstnanci Zdravotnické záchranné služby Libereckého kraje a jsou za azeni do výjezdových posádek RZP (rychlá zdravotnická pomoc) a LZS (letecká záchranná služba). Oslovení pracovníci jsou za azeni na pozicích záchranářů/ek a pracují na výjezdových stanovištích všech typů (rozdíly mezi jednotlivými typy stanovišť jsou dány velikostí, tedy počtem posádek na každém jednotlivém stanovišti, a oblastí, ve které se nacházejí, tedy jedná-li se o větší či menší obec se spádovou

oblastí zahrnující spíše vesnice i hory). Autor oslovil pouze Ty pracovníky, kteří svou profesi vykonávají jako hlavní pracovní poměr. Ti, kteří jsou u ZZS LK zaměstnáni na zkrácené pracovní úvazky, nebyli do tohoto výzkumu zahrnuti.

Všechny respondenty autor informoval o anonymitě dotazníkového šetření a o jeho využití k účelu zpracování bakalářské práce.

Pro účel výzkumu se autor rozhodl použít dotazník obsažený ve studijním materiálu zabývajícím se syndromem vyhoření. Materiál byl zpracován jako studijní podklad ke kurzu, který se zabýval právě syndromem vyhoření. Tento kurz byl po předání obanským sdružením Hestia. Uvedený dotazník se autor rozhodl využít pro potřeby své bakalářské práce na základ svého přesvědčení, že se jedná o odborně zpracovaný dotazník zaměřený rovnoměrně na všechny roviny zasažené při syndromu vyhoření a přinese tak výsledky co nejvíce vystihující skutečnou míru výskytu syndromu vyhoření u respondentů, případně míru jejich náchylnosti k tomuto syndromu a umožní autorovi zaměřit se na vliv posuzovaných faktorů. Což byly vytyčené cíle této bakalářské práce.

Výše zmíněný dotazník autor rozšířil o otázky týkající se základních informací o respondentech. Jak již bylo několikrát uvedeno, jednalo se v podstatě o faktory, jejichž vliv na vznik syndromu vyhoření chtěl autor zjistit. Pouze na jejich základě mohlo dojít k potvrzení či vyvrácení předpokladů, které autor stanovil na začátku výzkumného šetření. Tuto část dotazníku autor podrobně rozebírá v kapitole 3. 4.

Autor si je vědom, že dosažení vysokého počtu bodů u jednotlivých respondentů sice nemusí zákonitě znamenat postižení syndromem vyhoření, ale i přesto ukazuje na vysoké riziko vzniku syndromu vyhoření, popřípadě na již rozvinutý syndrom. Autor se také v rámci šetření pokusil zjistit, ve kterých složkách osobnosti jsou respondenti nejvíce náchylní ke vzniku a rozvoji příznaků syndromu vyhoření.

Zvolený dotazník obsahoval otázky zaměřené na 4 roviny osobnosti – rozumovou (kognitivní), emocionální, tělesnou a sociální tak, jak byly projevy syndromu vyhoření popsány v teoretické části této bakalářské práce. Rovinu rozumovou mapovaly otázky č. 5, 9, 13, 17, 21, rovinu emocionální otázky č. 6, 10, 14, 18, 22, rovinu tělesnou otázky č. 7, 11, 15, 19, 23 a rovinu sociální otázky č. 8, 12, 16, 20 a 24.



### 3. 3. Předpoklady

Pro výzkumné šetření autor stanovil následující předpoklady.

Předpoklad 1: Lze předpokládat, že u zdravotnických záchranářů se středněškolským vzdláním je větší pravděpodobnost vzniku syndromu vyhoření než u záchranářů s vyšším vzdláním.

Předpoklad 2: Lze předpokládat, že syndrom vyhoření u zdravotnických záchranářů vzniká po 30. roku vku.

Předpoklad 3: Lze předpokládat, že syndrom vyhoření u zdravotnických záchranářů vzniká mezi 3. a 5. rokem výkonu jejich povolání.

Předpoklad 4: Lze předpokládat, že u žen je větší pravděpodobnost vzniku syndromu vyhoření než u mužů.

Předpoklad 5: Domnívám se, že na ZZS LK se objevují známky syndromu vyhoření nejméně u 10% zdravotnických záchranářů.

### 3. 4. Popis, charakteristika zkoumaného vzorku

Jak již bylo uvedeno výše, dotazník obdrželi záchranáři i záchranářky ZZS LK. Autorem byl vybrán vzorek respondentů pracujících ve stejné organizaci, aby mohl posoudit vliv faktorů vymezených na základě výzkumného šetření. Tedy vliv délky praxe, pohlaví, věku a vzdláním. Díky zaměstnání u jedné organizace by mohl být ostatní, tedy pracovní, podmínky v zásadě stejné a tudíž lze předpokládat, že na všechny respondenty působí z tohoto hlediska stejné nebo alespoň podobné vlivy. Pro účel této bakalářské práce se zdálo vhodné tyto faktory pro vznik syndromu vyhoření eliminovat, jelikož nebyly prioritním předmetem autorova zkoumání.

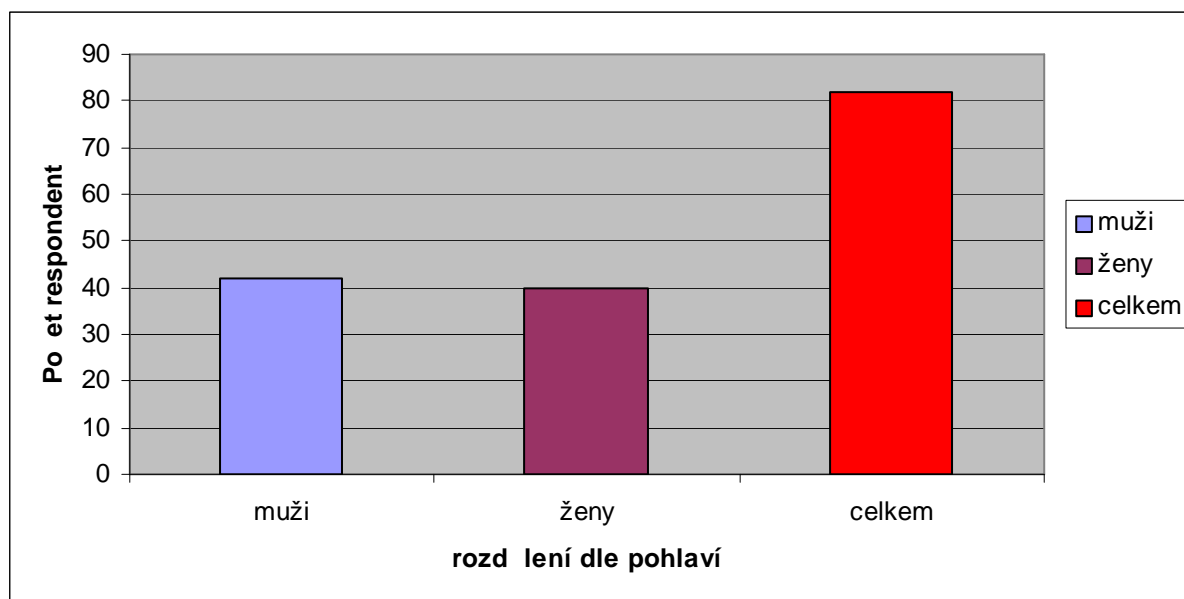
Z důvodu sledování jednotlivých faktorů ovlivňujících u respondentů vznik syndromu vyhoření obsahovala první část dotazníku otázky týkající základních identifikačních údajů, tak, jak bylo již výše popsáno. Zde respondenti vyplnili údaje o jejich pohlaví, věku, nejvyšším dosaženém vzdláním a délce praxe. Výsledné rozvrstvení výzkumného vzorku je znázorněno v následujících tabulkách a grafech.

## Údaje o pohlaví respondent

**TABULKA . 1: Rozdělení výzkumného vzorku dle pohlaví respondent**

muži	42
ženy	40
celkem	82

**GRAF . 1: Rozdělení výzkumného vzorku podle pohlaví respondent**



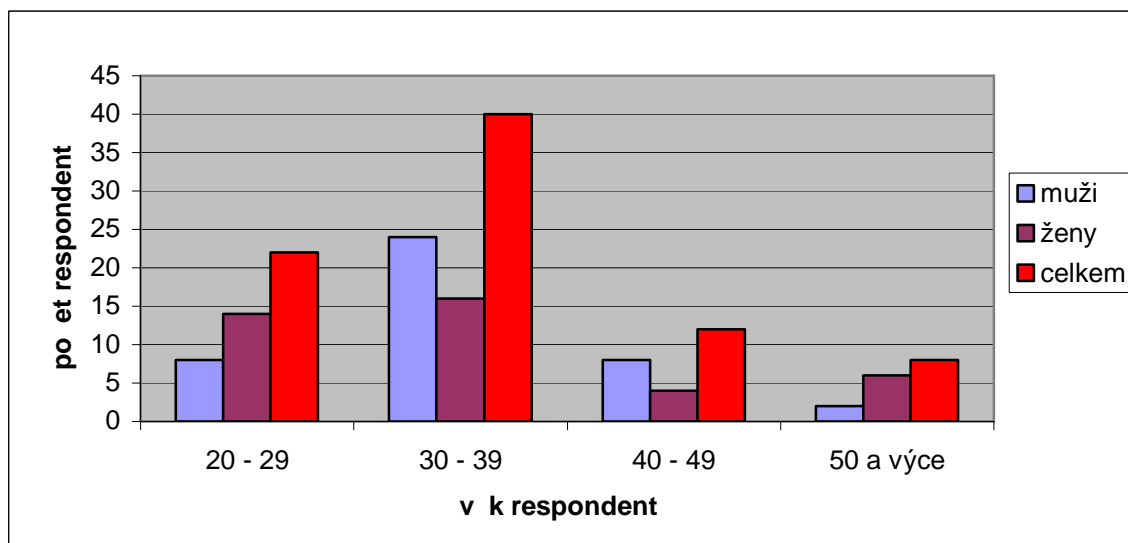
Z celkového množství 82 navrácených a vyplněných dotazníků vyplynulo, že z celkového počtu respondentů odpovídalo na dotazník 40 žen, to je cca 49% z celkového počtu respondentů a 42 dotazníků vyplnili muži, což je cca 51 % respondentů z celkového počtu. Díky tomuto rozložení budou pro autora výsledky obou skupin dobře porovnatelné.

## Údaje o věku respondent

**TABULKA . 2: Rozdělení výzkumného vzorku dle věku respondent**

	20 - 29	30 - 39	40 - 49	50 a více
muži	8	24	8	2
ženy	14	16	4	6
celkem	22	40	12	8

**GRAF . 2: Rozd lení výzkumného vzorku dle v ku respondent**



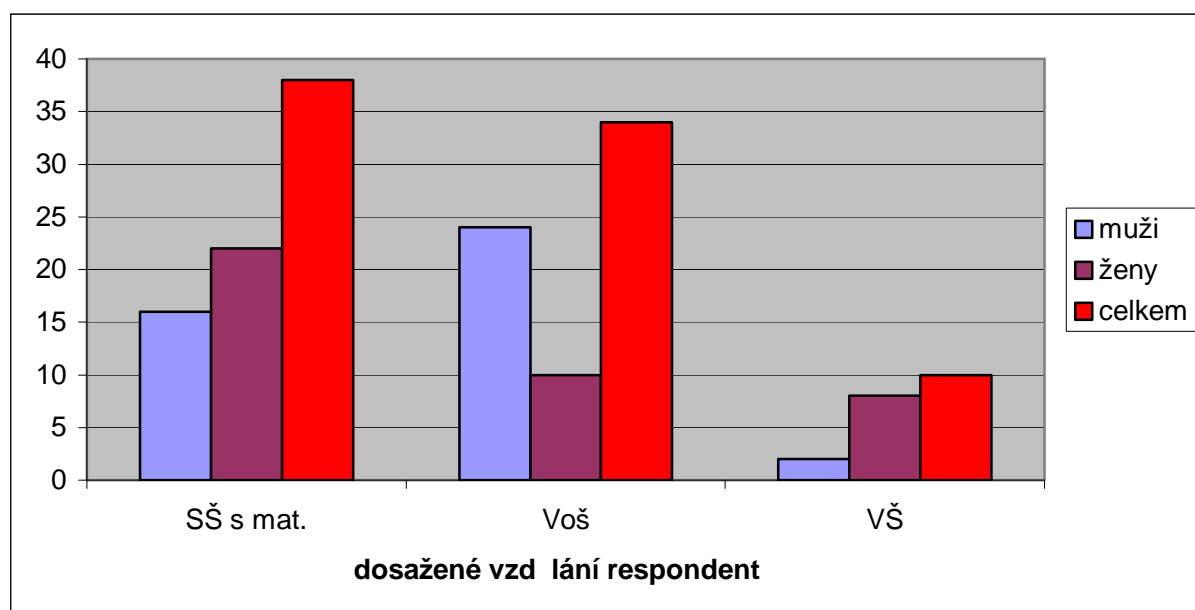
Z celkového po tu odevzdaných dotazník , kde mohli respondenti zatrhnout pouze jednu odpov , bylo rozvrstvení dotazovaného vzorku následující. V rozmezí od 20ti let do 29ti let odpovídalo 22 respondent , to je cca 27% z celkového po tu respondent , od 30ti let do 39ti let 40 respondent , to je cca 49 % z celkového po tu respondent , od 40ti do 49ti let 12 respondent , to je cca 15 % z celkového po tu respondent a od 50ti let a výš 8 respondent , to je cca 10% z celkového po tu respondent .

### Údaje o dosaženém vzd lání

**TABULKA . 3: Rozd lení výzkumného vzorku dle dosaženého vzd lání**

	SŠ s mat.	VOŠ	VŠ
muži	16	24	2
ženy	22	10	8
celkem	38	34	10

**GRAF . 3: Rozd lení výzkumného vzorku dle dosaženého vzd lání**



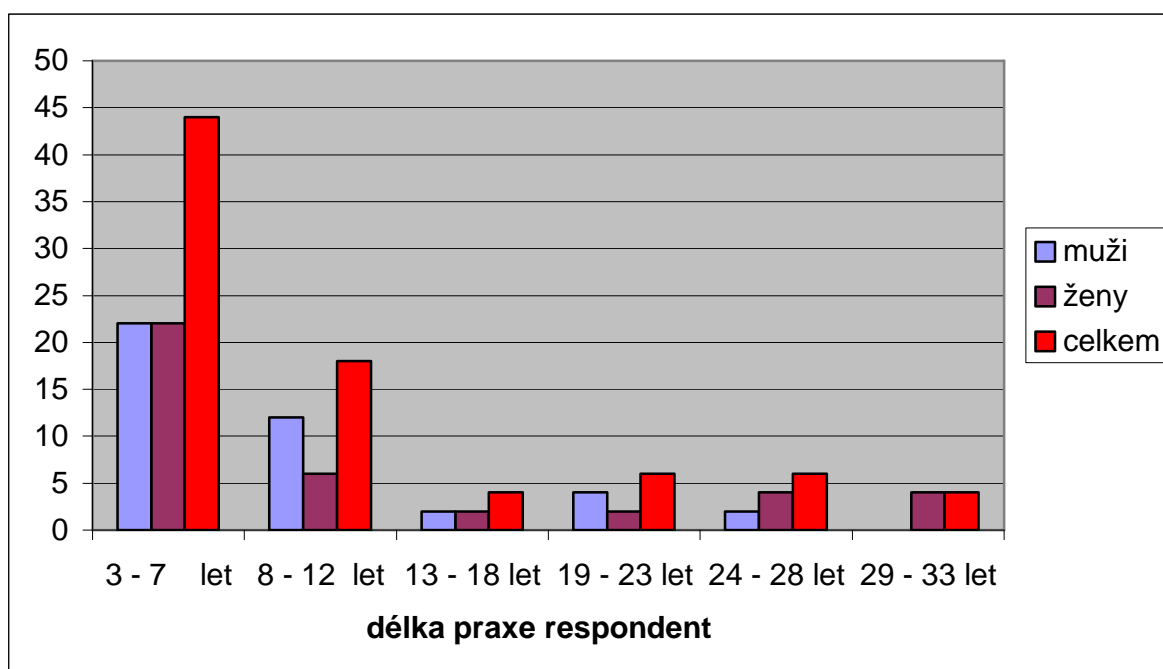
V této otázce m li respondenti na výb r ze vzd lání st edoškolského s maturitou, vyššího odborného a vysokoškolského. Nejvíce respondent uvedlo jako své nejvyšší dosažené vzd lání st edoškolské s maturitou, kterého dosáhlo 38 respondent , to je cca 46 % z celkového po tu respondent , následovalo vyšší odborné, které uvedlo 34 respondent , to je cca 41% z celkového po tu respondent a nejmén respondent uvedlo vysokoškolské vzd lání, tedy 10 respondent , což je cca 12 % z celkového po tu respondent .

### Délka praxe v oboru

**TABULKA . 4: Rozd lení výzkumného vzorku dle délky praxe v oboru**

	3 - 7 let	8 - 12 let	13 - 18 let	19 - 23 let	24 - 28 let	29 - 33 let
muži	22	12	2	4	2	0
ženy	22	6	2	2	4	4
celkem	44	18	4	6	6	4

**GRAF . 4: Rozd lení výzkumného vzorku dle délky praxe v oboru**



U tvrté otázky m li respondenti na výb r z nejv tšího množství odpov dí. Délku praxe v oboru od 3 do 7 let uvedlo 44 respondent což je z celkového po tu cca 54 %, délku praxe od 8 do 12 let v oboru uvedlo 18 respondent což je z celkového po tu cca 22 %, délku praxe od 13 do 18 let v oboru uvedli 4 respondenti což je z celkového po tu cca 5 %, délku praxe od 19 do 23 let v oboru uvedlo 6 respondent což je z celkového po tu cca 7 %, délku praxe od 24 do 28 let v oboru uvedlo 6 respondent což je z celkového po tu cca 7 % a délku praxe od 29 do 33 let v oboru uvedli 4 respondenti což je z celkového po tu cca 5 %.

### 3. 5. Popis a diskuse zjišt ných dat

#### P EDPOKLAD 1

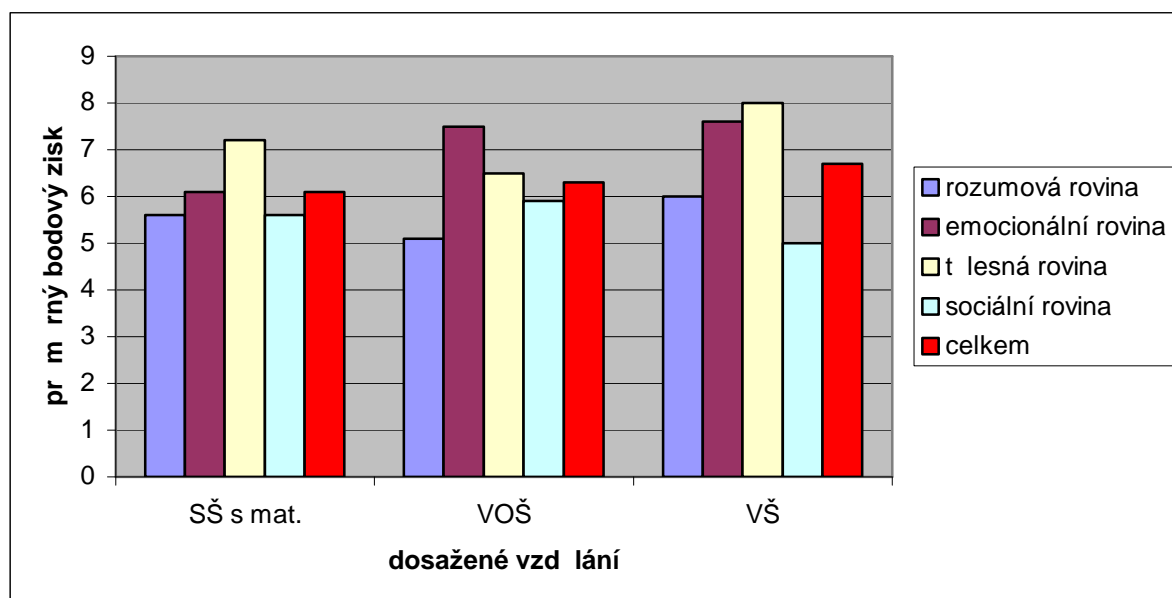
Lze p edpokládat, že u zdravotnických záchraná se st edoškolským vzd láním je v tší pravd podobnost vzniku syndromu vyho ení než u záchraná s vyšším vzd láním.

Tuto hypotézu autor vyslovil na základ teoretických poznatk , podle nichž by vysokoškolaí m li být v rámci studia hloub ji seznámeni s problematikou syndromu vyho ení a s jeho prevencí než st edoškolsky vzd laní zdravotníci. Zda tento p edpoklad bude potvrzen zjiš oval autor z výsledk znázorn ných v následujících tabulkách a grafech.

**TABULKA . 5: Průměrný bodový zisk respondentů v závislosti na dosaženém vzdělání**

	SŠ s mat.	VOŠ	VŠ
rozumová rovina	5,6	5,1	6
emocionální rovina	6,1	7,5	7,6
estetická rovina	7,2	6,5	8
sociální rovina	5,6	5,9	5
celkem	6,1	6,3	6,7

**GRAF . 5: Průměrný bodový zisk respondentů v závislosti na dosaženém vzdělání**



## Popis

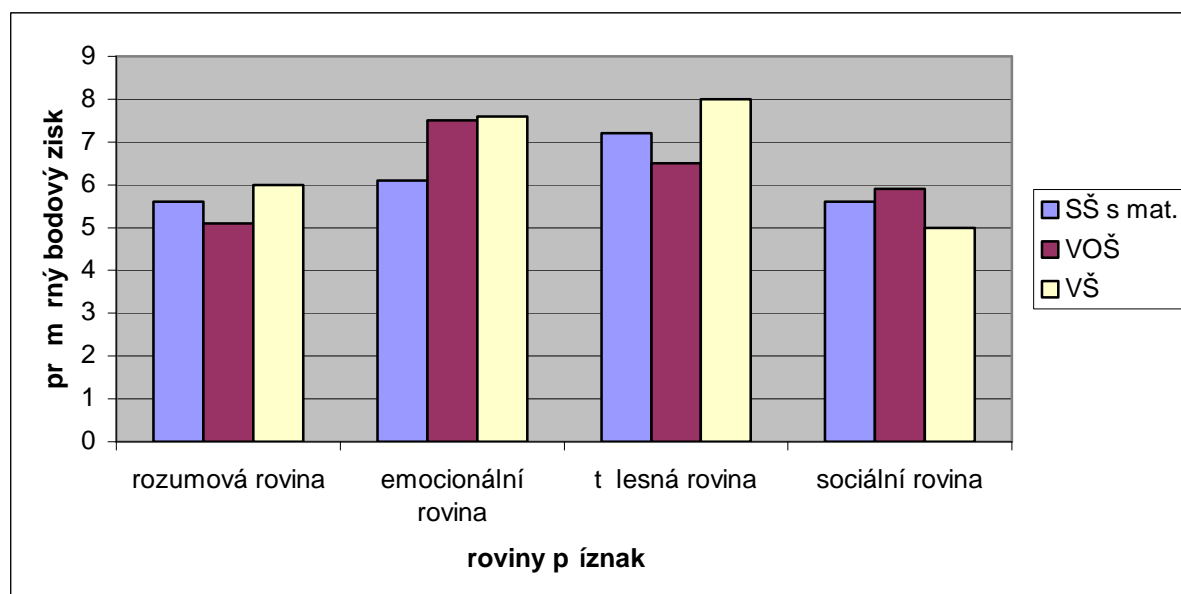
Z výsledku grafu je patrné, že oproti předpokladu, je lehce zvýšená zátěž u vysokoškolsky vzdělaných respondentů, a to zejména v rovině estetické a v rovině emocionální. Ovšem tento rozdíl není nikterak veliký.

Pro lepší názornost se autor podíval na tytéž výsledky z mírně jiného úhlu pohledu, což znázornil v tabulce a grafu . 6.

**TABULKA . 6 : Průměrný bodový zisk respondentů v jednotlivých rovinách  
v závislosti na dosaženém vzdělání**

	rozumová rovina	emocionální rovina	telesná rovina	sociální rovina
SŠ s mat.	5,6	6,1	7,2	5,6
VOŠ	5,1	7,5	6,5	5,9
VŠ	6	7,6	8	5

**GRAF . 6: Průměrný bodový zisk respondentů v jednotlivých rovinách v závislosti na  
dosaženém vzdělání**



## Popis

Při pohledu na výsledky zobrazené v tomto grafu, lze ještě lépe u vysokoškoláků pozorovat vyšší bodový zisk a to zejména v tělesné rovině. V rovině rozumové a sociální jsou výsledky vyrovnané bez ohledu na vzdělání respondentů. V rovině emocionální lze sledovat trend – čím vyšší vzdělání, tím větší bodový zisk. Rozdíl však dle autora není významný.

## Diskuse

Dle autora ukázalo výzkumné šetření, že dosažené vzdělání nemá zásadní vliv na ohrožení respondentů syndromem vyhoření a výše dosaženého vzdělání tedy není zásadním předpokladem pro schopnost odolávat projevům syndromu vyhoření. Až na které

odborné prameny považují právě vyšší vzdělání za nejdůležitější. Na základě výsledků získaných z výzkumného šetření je patrné, že vzdělání je pouze jedna složka z celého souboru faktorů ovlivňujících náchylnost ke vzniku projevu syndromu vyhoření.

Jako jedno z možných vysvětlení tohoto stavu autor udává možnost, která poukazuje právě na získané vzdělání respondentů. Jestliže stav rovin rozumové, emocionální a sociální lze ovlivnit právě dostatkem teoretických znalostí o problematice syndromu vyhoření a schopností s těmito informacemi v praktickém životě pracovat, rovina tělesná se těmito znalostmi nedá tak dokonale ovlivnit. A to je podle autora pravděpodobně hlavní důvod, pro jež zasažení do tělesné roviny u respondentů tak vysoké v porovnání s rovinami ostatními.

V emocionální rovině si můžeme povšimnout výsledku přesně opačného oproti předpokladu autora, kdy se objevuje přímá úměrnost – čím vyšší vzdělání, tím vyšší bodový zisk a tedy větší zasažení stresem v dané psychické oblasti. Ale jak již bylo uvedeno výše, rozdíl v bodovém zisku není dle autora příliš významný.

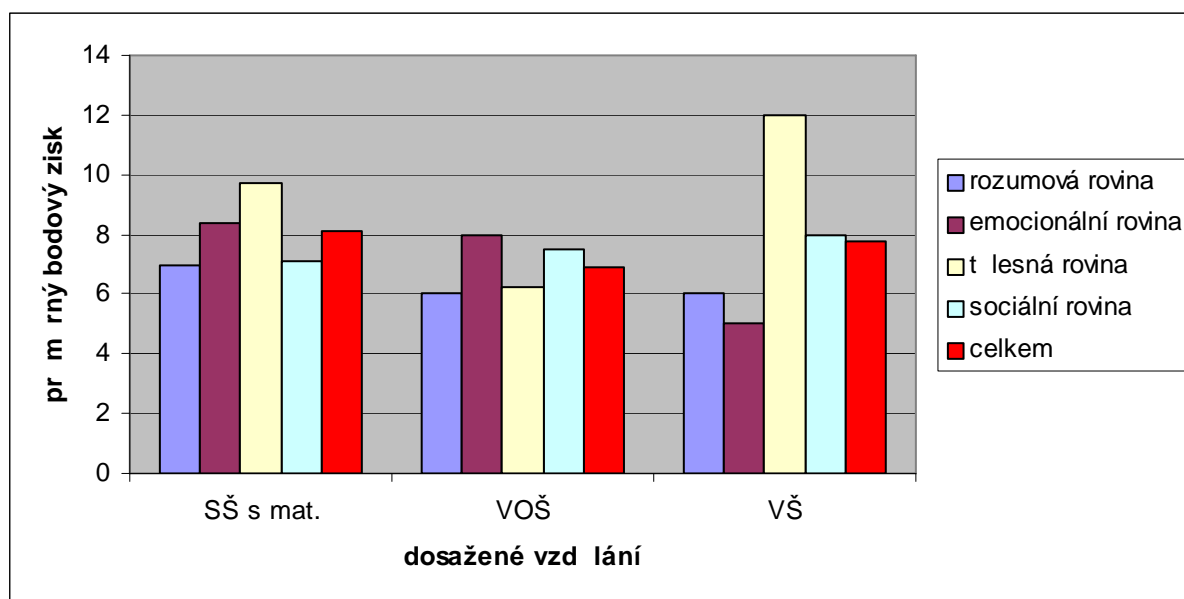
Při rozdělení zkoumaného vzorku na muže a ženy, objevil již autor mezi jednotlivými skupinami respondentů v závislosti na získaném vzdělání výraznější rozdíly. Při tomto podrobnějším rozboru jsou výraznější rozdíly ve výsledcích mezi ženami oproti mužům.

**TABULKA 7: Průměrný bodový zisk mužů v závislosti na dosaženém vzdělání**

	SŠ s mat.	VOŠ	VŠ
rozumová rovina	7	6	6
emocionální rovina	8,4	8	5
tělesná rovina	9,7	6,2	12
sociální rovina	7,1	7,5	8
celkem	8,1	6,9	7,8



**GRAF . 7: Průměrný bodový zisk mužů v závislosti na dosaženém vzdělání**



## Popis

Při porovnání celkových bodových zisků u mužské části respondentů lze spatřovat prakticky vyrovnané výsledky bez ohledu na dosažené vzdělání. Za zmínku ale dle autora stojí zjevné zvýšení bodového zisku v případě tělesné roviny u vysokoškoláků.

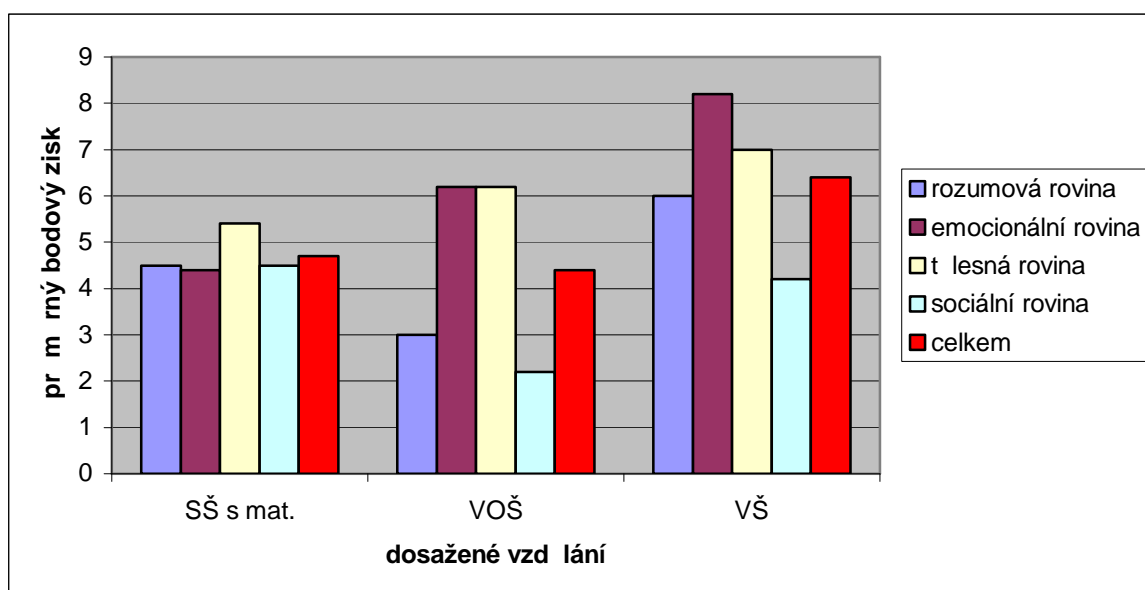
## Diskuse

Autor se domnívá, že jednou z příčin tak vysokého bodového zisku u vysokoškoláků v rovině tělesné je vyšší věk respondentů s tímto typem vzdělání. Na druhou stranu nelze za tímto stavem spatřovat pouze tento aspekt. Jeden z dalších důvodů, který se dle autora nabízí, je osobní život orientovaný na rodinu, při kterém respondenti dávají přednost rodině před rozvojem svých tělesných schopností. Opět se zde zřejmě promítá obtížnější možnost ovlivnit tělesnou rovinu rozumem.

**TABULKA . 8: Průměrný bodový zisk žen v závislosti na dosaženém vzdělání**

	SŠ s mat.	VOŠ	VŠ
rozumová rovina	4,5	3	6
emocionální rovina	4,4	6,2	8,2
tělesná rovina	5,4	6,2	7
sociální rovina	4,5	2,2	4,2
celkem	4,7	4,4	6,4

**GRAF . 8: Průměrný bodový zisk žen v závislosti na dosaženém vzdělání**



### Popis

Při pohledu na graf, který znázorňuje rozdíl výsledků u ženské části respondentů, jsou již patrné jisté rozdíly. Tyto rozdíly vyznívají jednoznačně negativně pro respondenty s vysokoškolským vzděláním. I v celkových výsledcích je již patrný jistý odstup od zbylých dvou skupin. Výrazný bodový odstup u vysokoškolaček zjistil autor prakticky ve všech rovinách, nejvíce však v rovině emocionální a rozumové, což je zjištění více než překvapivé.

### Diskuse

Přestože je v současné době jak na vyšších odborných školách, tak na vysokých školách, problematice syndromu vyhoření v nově nastávající pozornost, je dle autora z výsledků znázorněných v grafech patrné, že v praxi nejsou tyto teoretické znalosti respondenty vždy uplatňovány. Oproti předpokládanému výsledku jsou to právě vysokoškolsky vzdělaní respondenti (a zejména vysokoškolsky vzdělané ženy), kteří vykazují, i když nepatrné, ale přesto vyšší celkové hodnoty než zbylé dvě skupiny respondentů.

## Předpoklad 2

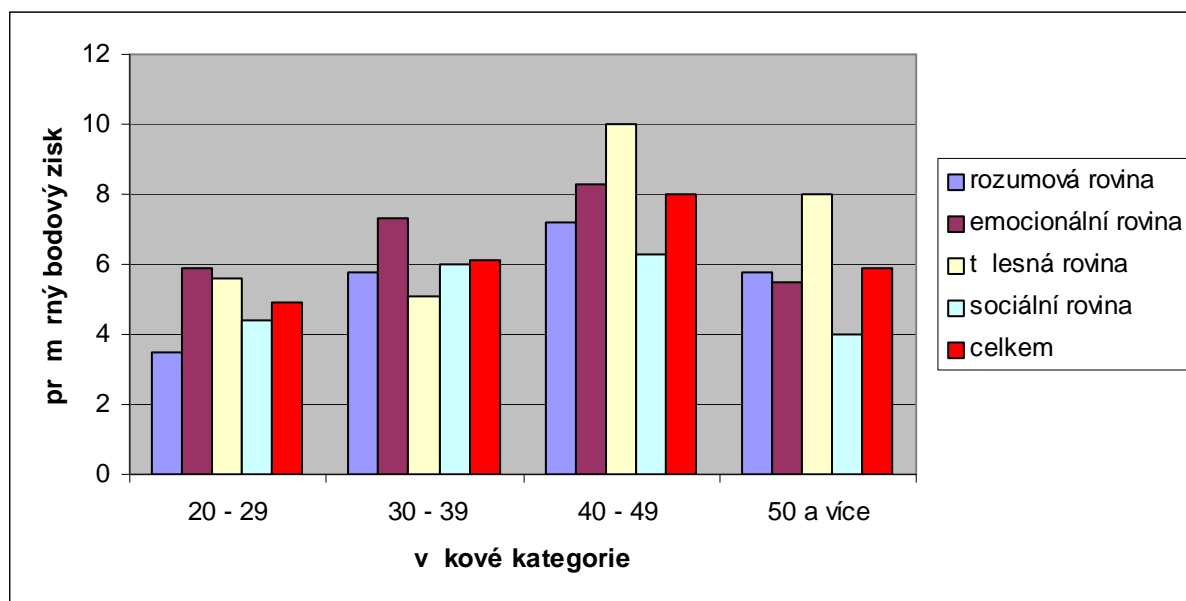
Lze předpokládat, že syndrom vyhoření u zdravotnických záchranářů vzniká po 30. roku vku.

Pro odhad podobného vku vzniku syndromu vyhoření u zdravotnických záchranářů autor vycházel z předpokladu, že syndrom vyhoření by měl podle odborné literatury vznikat podobně mezi 3. a 5. rokem praxe. Když tuto dobu přičteme k věku respondentů při ukončení studií, která mají být u záchranářů podle současně legislativy vyšší odborná i vysokoškolská, dostaneme se podobně k věku 30 let. Potvrdí tuto hypotézu i výsledky dotazníkového šetření?

**TABULKA . 9: Průměrný bodový zisk v závislosti na věku respondentů**

	20 – 29 let	30 – 39 let	40 – 49 let	50 let a více
rozumová rovina	3,5	5,8	7,2	5,8
emocionální rovina	5,9	7,3	8,3	5,5
tělesná rovina	5,6	5,1	10	8
sociální rovina	4,4	6	6,3	4
celkem	4,9	6,1	8	5,9

**GRAF . 9: Průměrný bodový zisk v závislosti na věku respondentů**



## Popis

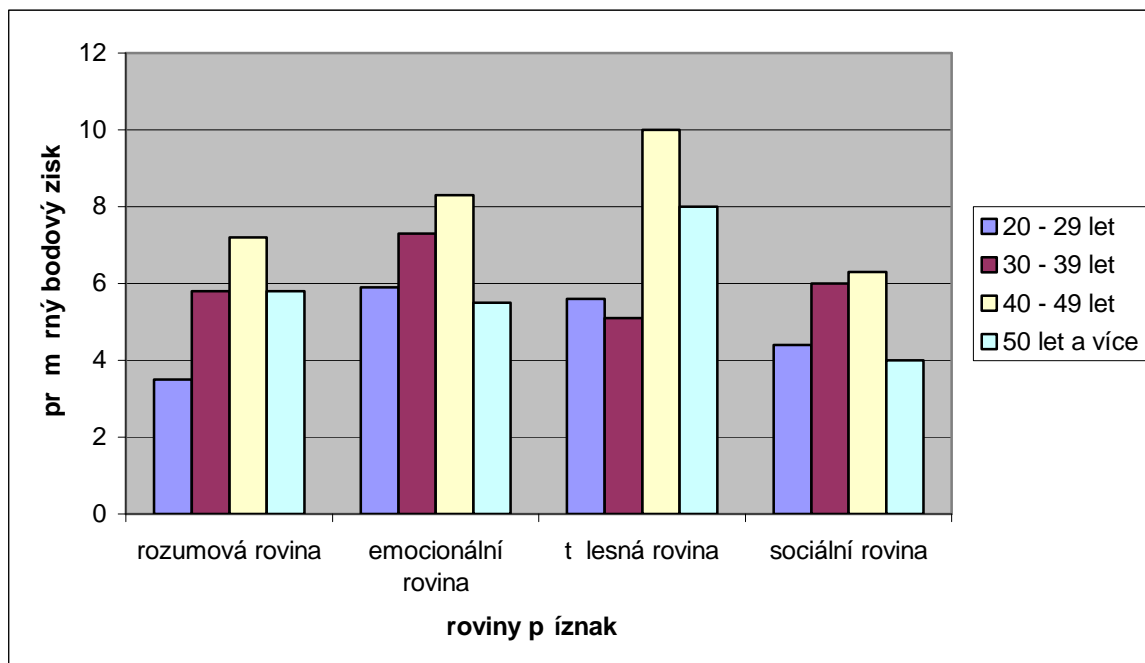
Na základ výzkumného šet ení autor zjistil, že skupina, která vykazuje nejvyšší ohrožení vznikem syndromu vyho ení, jsou respondenti ve v kovém rozmezí 40 – 49 let. Rovina, která u této skupiny vykazuje nejvyšší hodnoty bodového zisku je rovina t lesná, což vzhledem práv k v ku t chto respondent není až tak p ekvapující. Tato rovina velice významn p esahuje hodnoty získané v rovin t lesné u v kové skupiny respondent 30 – 39 let, která je na základ výsledk na druhém míst co se tý e možnosti ohrožení syndromem vyho ení. Skupina respondent , která „dopadla nejlépe“ je skupina respondent ve v kovém rozmezí 20 – 29 let. P esto rozdíl mezi jednotlivými skupinami, vyjma skupiny, která dosáhla nejvyššího bodového zisku, není nikterak velký.

Z grafu je také patrné, že stres a náro nost profese zdravotnického záchraná e u respondent nad 40 let nejvíce postihuje t lesnou rovinu jejich osobnosti, kdežto u respondent do 40 let je nejvíce zasažena rovina emocionální. Ješt lépe je toto zjevné, když se autor podíval na tytéž výsledky z jiného úhlu pohledu, což je znázorn no v tabulce a grafu . 10.

**TABULKA . 10: Pr m rný bodový zisk v jednotlivých rovinách v závislosti na v ku respondent**

	20 - 29 let	30 - 39 let	40 - 49 let	50 let a více
rozumová rovina	3,5	5,8	7,2	5,8
emocionální rovina	5,9	7,3	8,3	5,5
t lesná rovina	5,6	5,1	10	8
sociální rovina	4,4	6	6,3	4

**GRAF . 10: Průměrný bodový zisk v jednotlivých rovinách v závislosti na věku respondent**



### Popis

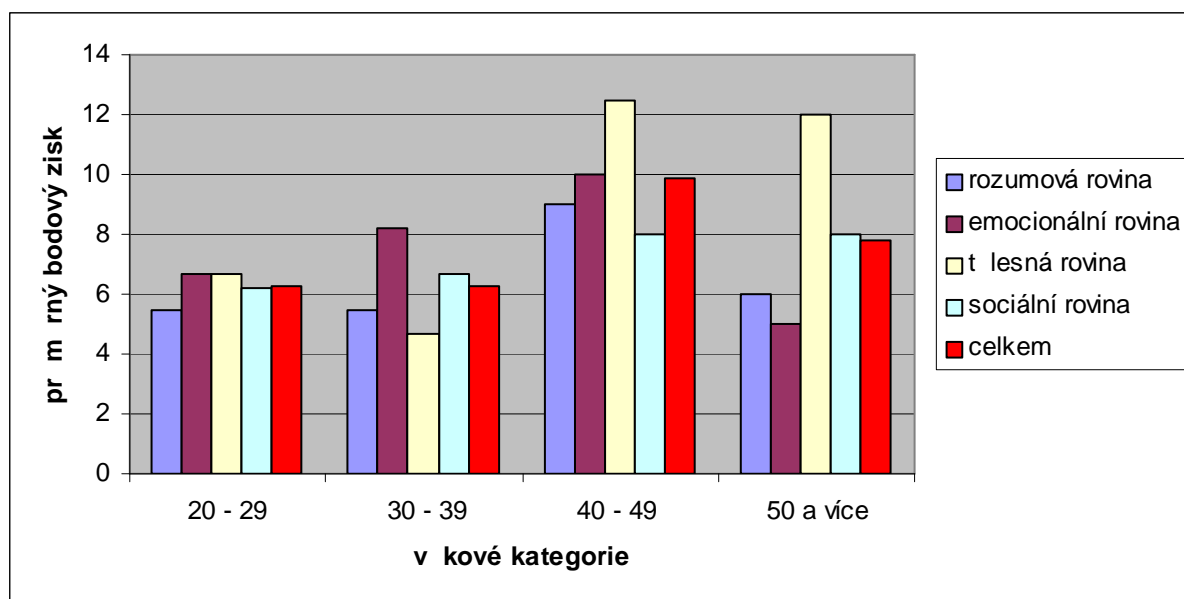
Bodové zisky, které jsou znázorněny v tomto grafu, v němž se porovnávají výsledky v jednotlivých rovinách u různých věkových skupin, dle autora ještě lépe znázorní, že kategorie respondentů ve věku 40 – 49 let dosahuje ve všech rovinách nejvyššího zisku bodů a vznikem syndromu vyhoření je ohrožena nejvíce. Je zde patrné, že ohrožení syndromem vyhoření respondentů do 50 let pomalu a plynule stoupá a po té zase, možná vlivem užití životní moudrosti a zkušeností, průměr výrazně klesá.

Autor ještě zjišťoval, zda při rozdělení respondentů na muže a ženy budou výsledky kopírovat ty celkové nebo zda-li budou vykazovat výrazné i překvapující rozdíly.

**TABULKA . 11: Průměrný bodový zisk mužů v závislosti na věku**

	20 – 29 let	30 – 39 let	40 – 49 let	50 let a více
rozumová rovina	5,5	5,5	9	6
emocionální rovina	6,7	8,2	10	5
taktická rovina	6,7	4,7	12,5	12
sociální rovina	6,2	6,7	8	8
celkem	6,3	6,3	9,9	7,8

**GRAF . 11: Průměrný bodový zisk muž v závislosti na věku**



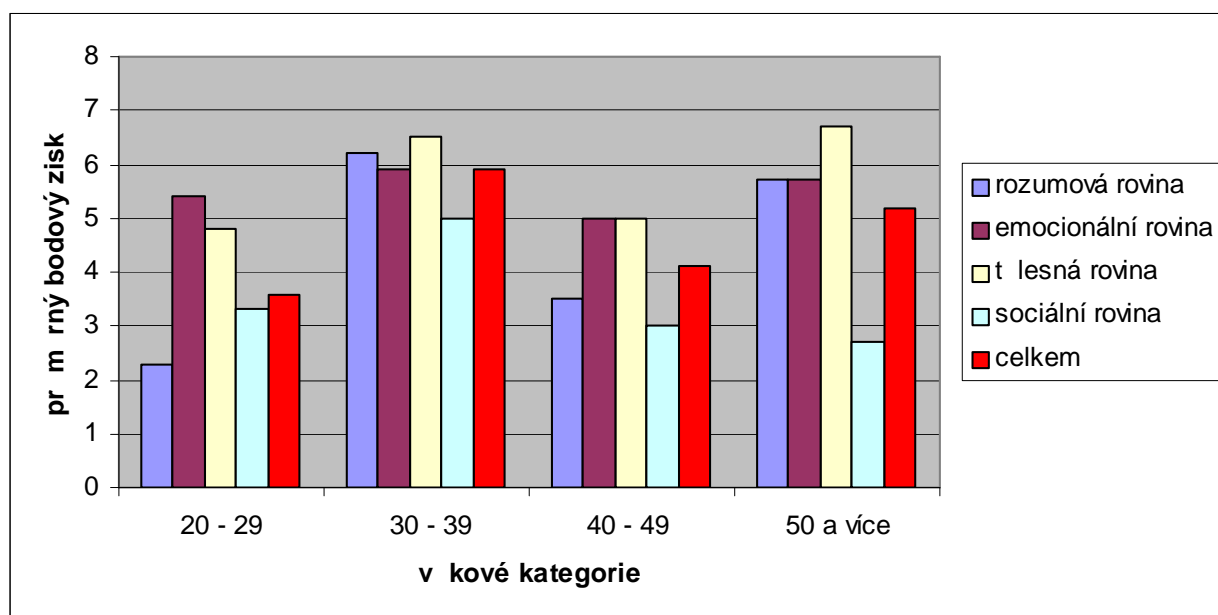
### Popis

Při rozdělení kategorie na muže a ženy, je u mužské části respondentů skupina, která dosahuje nejvyššího zisku bodů shodná s celkovými výsledky. Jedná se o věkovou kategorii 40 – 49 let. Ovšem oproti celkovým výsledkům se jako druhá kategorie co do počtu získaných bodů umístila věková kategorie 50 let a více. Na tom se velkou měrou podílí duchovní rovina, která velice výrazně převyšuje roviny ostatní.

**TABULKA . 12: Průměrný bodový zisk žen v závislosti na věku**

	20 - 29	30 - 39	40 - 49	50 a více
rozumová rovina	2,3	6,2	3,5	5,7
emocionální rovina	5,4	5,9	5	5,7
duchovní rovina	4,8	6,5	5	6,7
sociální rovina	3,3	5	3	2,7
celkem	3,6	5,9	4,1	5,2

**GRAF . 12: Průměrný bodový zisk žen v závislosti na věku**



### Popis

Oproti mužské části respondentů, jsou výsledky u žen v porovnání s celkovými odlišné. V věkové kategorii, která získala nejvyšší množství bodů, je kategorie 30 – 39 let. V tomto výsledku se ženy odlišují i od vzorku respondentů jako celku a více se přibližují autorově hypotéze. Ovšem stejného výsledku jako u celkového vyhodnocení je dosaženo u kategorie, která získala nejnižší množství bodů. Jedná se o kategorii žen ve věku 20 – 29 let.

### Diskuse

Výsledky zkoumání vlivu věku respondentů na vznik syndromu vyhoření neodpovídají zcela autorově původní hypotéze. Dle autora dotazníkové šetření ukázalo, že vrcholem ohrožení příznaky syndromu vyhoření je věk mezi 40 a 49 lety. Nicméně se dle autora ukázalo, že stresem a rizikem vzniku syndromu vyhoření je do určité míry ohrožena i nejmladší kategorie respondentů a to zejména v rovině emocionální.

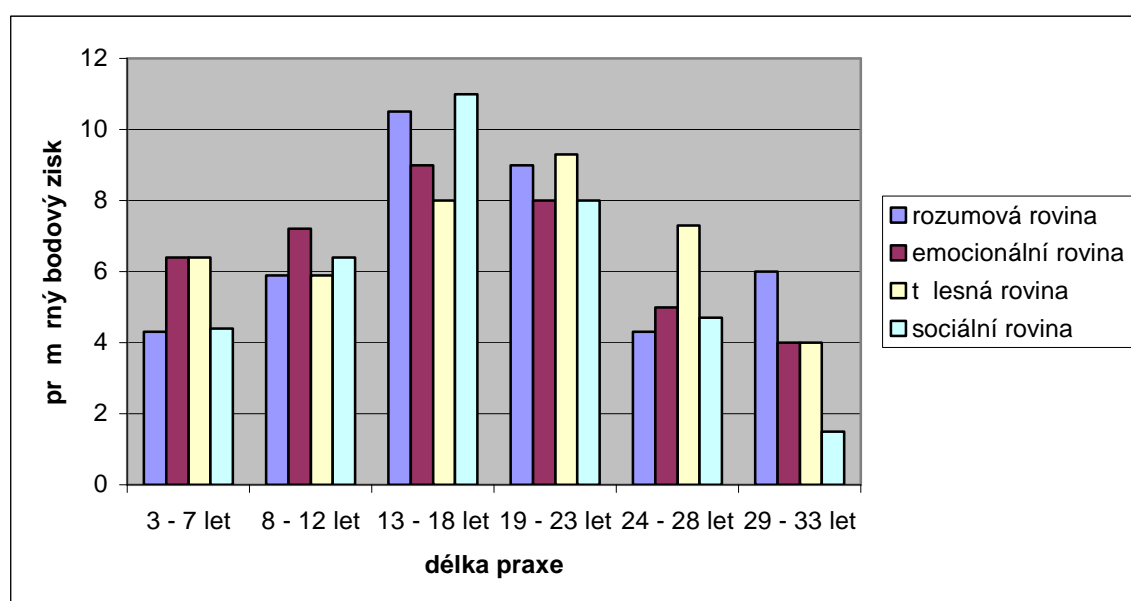
### Předpoklad 3

Lze předpokládat, že syndrom vyhoření u zdravotnických záchranářů vzniká mezi 3. a 5. rokem výkonu jejich povolání.

Při formulování této hypotézy se autor opíral zejména o teoretické poznatky z oblasti problematiky syndromu vyhoření.

**TABULKA . 13: Průměrný bodový zisk v závislosti na délce vykonávané praxe**

	3 - 7 let	8 - 12 let	13 - 18 let	19 - 23 let	24 - 28 let	29 - 33 let
rozumová rovina	4,3	5,9	10,5	9	4,3	6
emocionální rovina	6,4	7,2	9	8	5	4
tlesná rovina	6,4	5,9	8	9,3	7,3	4
sociální rovina	4,4	6,4	11	8	4,7	1,5

**GRAF . 13: Průměrný bodový zisk v závislosti na délce vykonávané praxe**

### Popis

Na základě výsledků plynoucích z dotazníkového šetření je patrné, že projevy syndromu vyhoření je nejvíce ohrožena skupina respondentů, jejichž délka praxe v oboru se pohybuje v rozmezí 13 – 18 let. Tato skupina dosáhla nejvyššího počtu bodů ve všech rovinách. Jedinou výjimku tvoří tlesná rovina u skupiny respondentů s délkou praxe v oboru 19 – 23 let, která je vyšší, což dle autora koresponduje s výsledky uvedenými v předchozí kapitole zabývající se vlivem věku respondentů na vznik projevů syndromu vyhoření. Přestože skupina respondentů s délkou praxe 13 – 18 let získala nejvyšší počet bodů, odstup od druhé skupiny není nikterak zásadní. Výraznější odstup je ale již patrný u dalších skupin respondentů, jejichž bodové zisky jsou o poznání nižší. Skupina respondentů s délkou praxe 3 – 7 let dosáhla prakticky stejných bodových zisků jako skupina respondentů s délkou praxe 24 – 28 let. To autor považuje za velmi překvapivé. Skupina respondentů, která je z hlediska

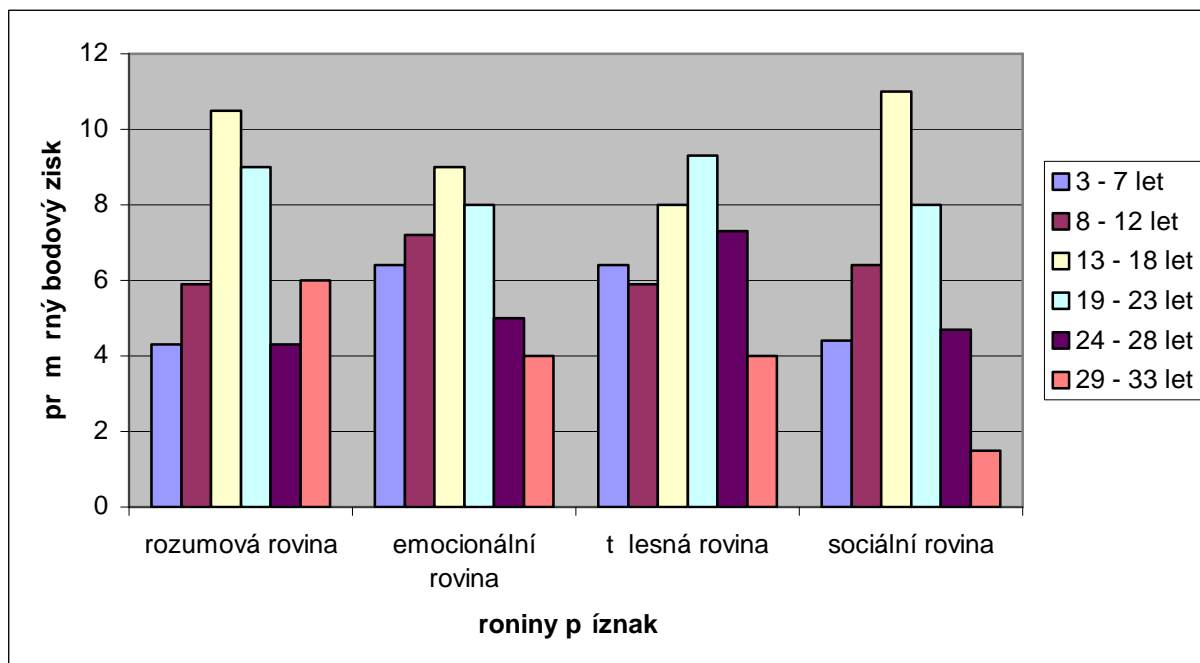


délky praxe v oboru projevy syndromu vyhoření ohrožena nejméně, je skupina s délkou praxe 29 – 33 let.

**TABULKA . 14: Průměrný bodový zisk v jednotlivých rovinách v závislosti na délce vykonávané praxe**

	rozumová rovina	emocionální rovina	tělesná rovina	sociální rovina
3 - 7 let	4,3	6,4	6,4	4,4
8 - 12 let	5,9	7,2	5,9	6,4
13 - 18 let	10,5	9	8	11
19 - 23 let	9	8	9,3	8
24 - 28 let	4,3	5	7,3	4,7
29 - 33 let	6	4	4	1,5

**GRAF . 14: Průměrný bodový zisk v jednotlivých rovinách v závislosti na délce vykonávané praxe**



## Popis

I z tohoto grafu, který znázorňuje stejné výsledky z jiného pohledu je zřejmé, že skupina respondentů s délkou praxe 13 – 18 let je podle získaného množství bodů nejvíce ohrožena projevy syndromu vyhoření. Mimo to lesné, získali respondenti této skupiny nejvyšší počet bodů ve všech rovinách.

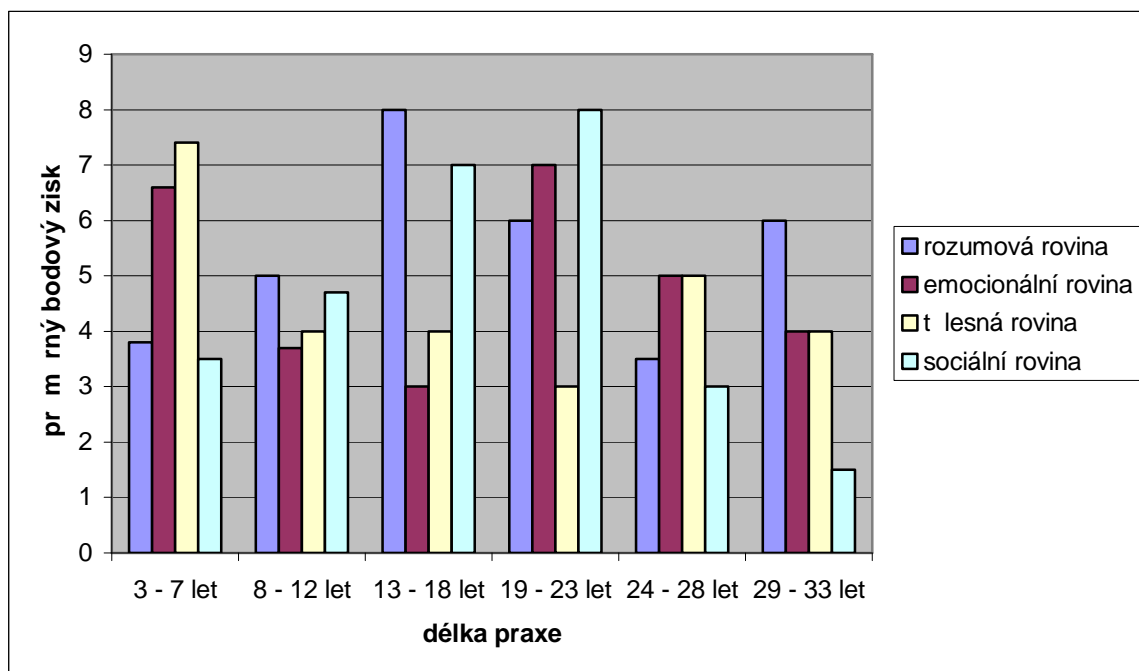
## Diskuse

Zajímavý výsledek přináší dle autora pohled na bodové zisky skupiny respondentů s nejdelší praxí. Z grafu 13 je zřejmé, že nejhorší výsledek dosáhla tato skupina v rovině rozumové, kognitivní. Autor usuzuje, že důvodem tohoto výsledku je skutečnost, že tato skupina záchranářů, více než která jiná, spoléhá na své dlouholeté zkušenosti a dovednosti a možná se tak méně zajímá o další vzdělávání v oboru a odborné diskuse.

**TABULKA 14: Průměrný bodový zisk žen v závislosti na délce vykonávané praxe**

	3 - 7 let	8 - 12 let	13 - 18 let	19 - 23 let	24 - 28 let	29 - 33 let
rozumová rovina	3,8	5	8	6	3,5	6
emocionální rovina	6,6	3,7	3	7	5	4
estetická rovina	7,4	4	4	3	5	4
sociální rovina	3,5	4,7	7	8	3	1,5

**Graf 14: Průměrný bodový zisk žen v závislosti na délce vykonávané praxe**



## Popis

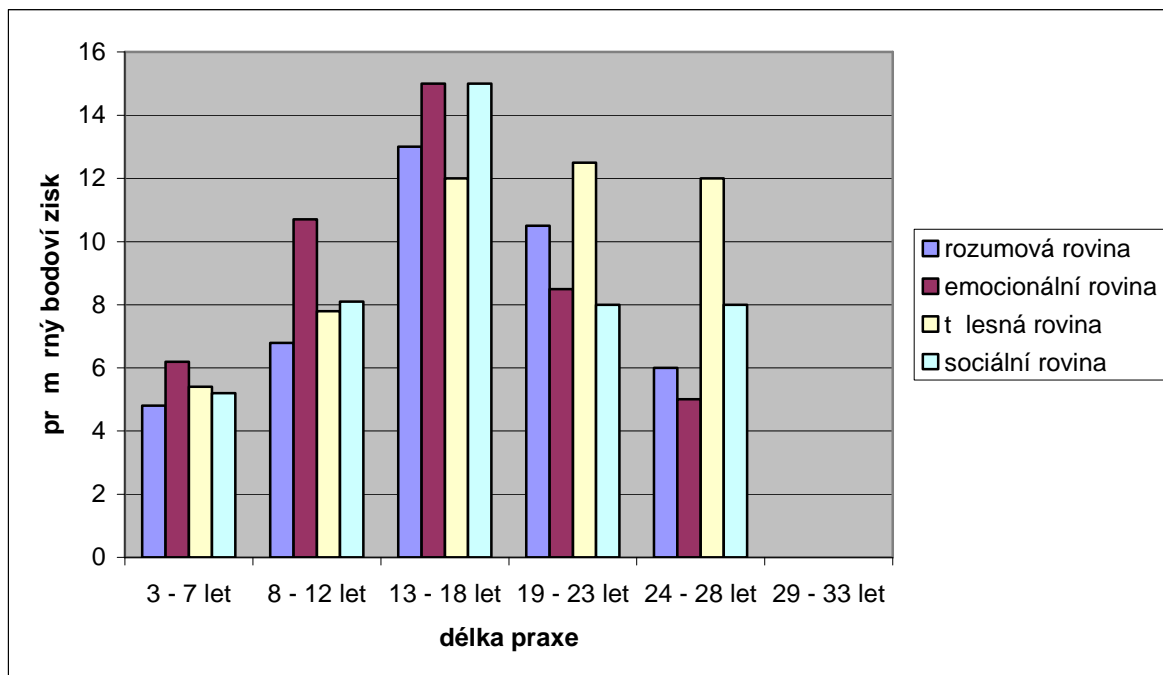
Při rozdělení respondentů na muže a ženy jsou v této kategorii u žen velice zajímavé rozdíly podle dosažených bodů v jednotlivých rovinách. Za povšimnutí stojí dle autora fakt, že intelektuální rovina u skupiny s délkou praxe 3 – 7 let přesahuje získané body v intelektuální rovině u dalších skupin, a to velice výrazně. Vzhledem k tomu, že v této skupině jsou zpravidla více mladší ženy, u kterých je předpoklad dobrého intelektuálního stavu, je tento fakt opravdu překvapivý.

Za povšimnutí také stojí, že v každé věkové kategorii je bodový zisk v jednotlivých rovinách zcela rozdílný.

**TABULKA . 15: Průměrný bodový zisk mužů v závislosti na délce vykonávané praxe**

	3 - 7 let	8 - 12 let	13 - 18 let	19 - 23 let	24 - 28 let	29 - 33 let
rozumová rovina	4,8	6,8	13	10,5	6	0
emocionální rovina	6,2	10,7	15	8,5	5	0
intelektuální rovina	5,4	7,8	12	12,5	12	0
sociální rovina	5,2	8,1	15	8	8	0

**GRAF . 15: Průměrný bodový zisk mužů v závislosti na délce vykonávané praxe**



## Popis

Oproti ženské části respondent je u muž patrné, že se vzr stající délkou praxe v oboru mají problémy v t lesné rovin stoupající charakter. Po dosažení jisté úrovn mají setrvalý stav. Výsledky mužské části respondent jsou velice podobné výsledk m celé skupiny. To znamená, že nejv tší bodové zisky a tudíž nejvíce se projevující symptomy syndromu vyho ení se objevují u kategorie muž s praxí 13 – 18 let. Na rozdíl od ženské části respondent nejsou rozdíly v zisku bod u jednotlivých rovin tak diametráln rozdílné.

## Diskuse

P í zkoumání délky praxe, která s sebou p ínáší ohrožení vznikem syndromu vyho ení se p vodní autor v p edpoklad nepotvrdil. Je sice pravdou, že ur ité známky syndromu vyho ení se u p edpokládané skupiny, tedy u záchraná s praxí 3 – 5 let, objevují. Nejvíce postiženou skupinou se však ukázali být respondenti s praxí 13 – 18 let. Je to výsledek zajímavý, který neodpovídá zcela teoretickým poznatk m dané problematiky. Pro autora, p vodn též zdravotnického záchraná e, je to známkou toho, že k vývoji syndromu vyho ení u záchraná je zapot ebí delší as. Otázkou z stává, co je p í inou vzniku syndromu po takové dob praxe. Nejedná se zde spíše o vliv zm n struktury práce? Neplyne to z ur itého zklamání ze zm ny p ístupu pacient í zam stnavatele? Nad tím se autor ješt zamyslí v záv ru této bakalá ské práce.

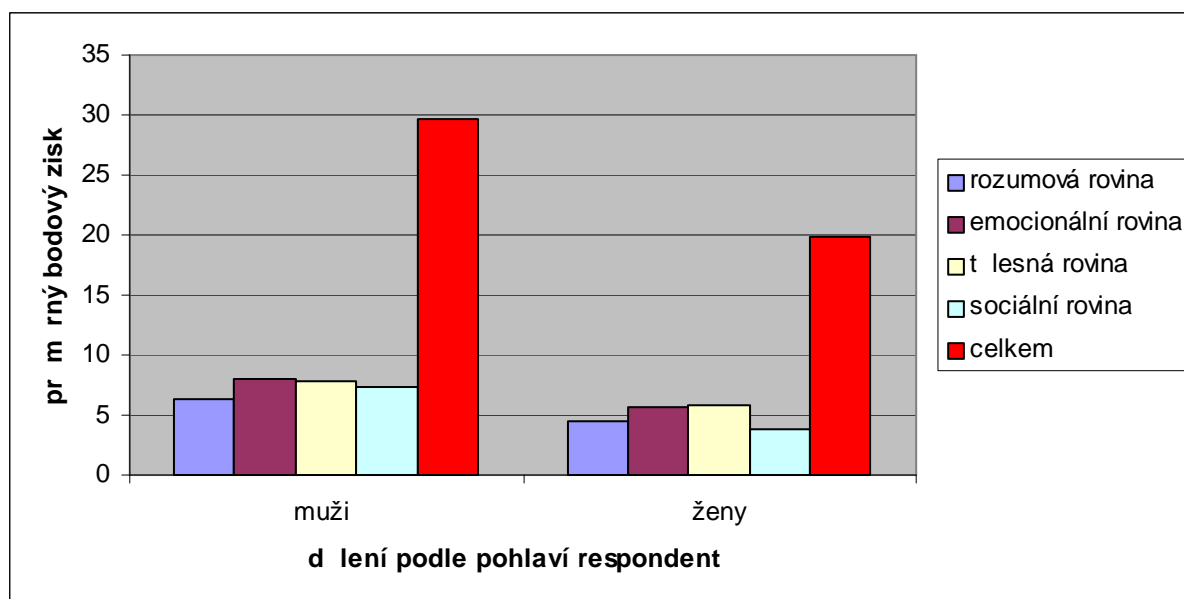
## P EDPOKLAD 4

Lze p edpokládat, že u žen je v tší pravd podobnost vzniku syndromu vyho ení než u muž .

**TABULKA . 16: Pr m rný bodový zisk v závislosti na pohlaví respondent**

	muži	ženy
rozumová rovina	6,4	4,5
emocionální rovina	8	5,6
t lesná rovina	7,8	5,9
sociální rovina	7,4	3,9
celkem	29,6	19,9

**Graf .16: Průměrný bodový zisk v závislosti na pohlaví respondent**



## Popis

Na základě výsledků, které vyplynuly z výzkumného šetření, je dle autora hned na první pohled zcela zjevné, že je mnohem více ohrožena projevy syndromu vyhoření mužská část respondentů než část ženská a to ve všech zkoumaných rovinách. Vyplývá to jak z celkového průměrného bodového zisku, tak z výsledků v jednotlivých rovinách pro každý z případů získali více bodů muži.

## Diskuse

Jak je patrné z popisu výsledků, předpoklad 4 se jednoznačně nepotvrdil. Jsou-li výsledky odrazem skutečnosti, ukazuje dle autora toto dotazníkové šetření na zajímavý jev. Podle nich jsou zejména ženy, které se rozhodnou pro práci zdravotnického záchranáře lépe připraveny na úskalí přinášející tato pomáhající profese a s tím i na riziko vzniku syndromu vyhoření. Autor se domnívá, že muži mají zejména po úvodu kariéry záchranáře větší očekávání v oblasti svého přínosu profesi a pacientům a setkání s realitou je pro ně v těmto zklamáním.

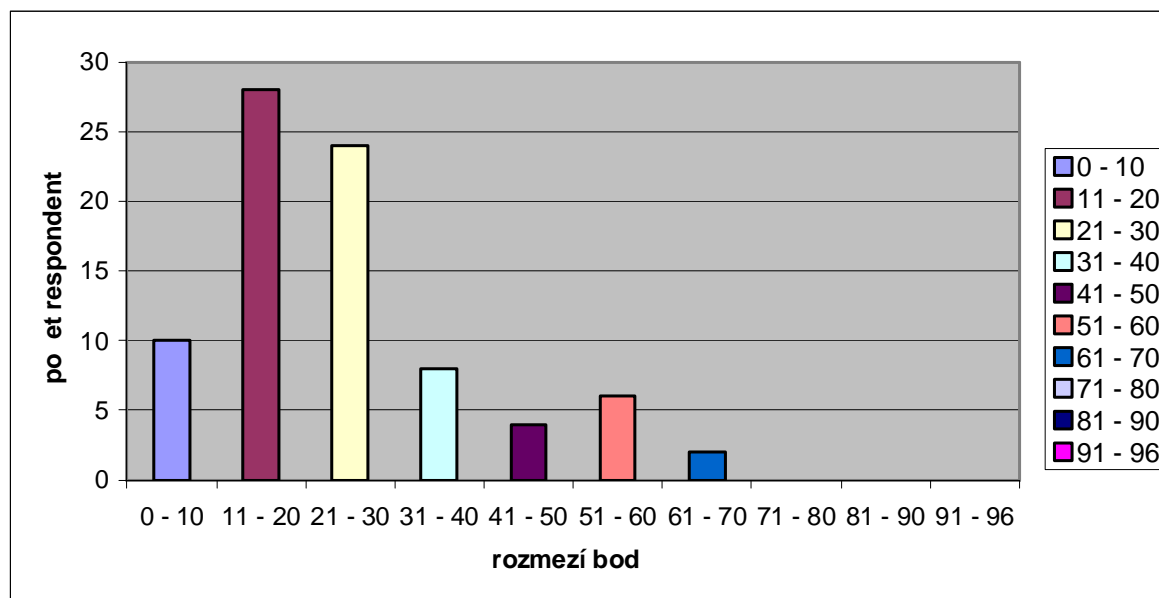
## Předpoklad 5

Domnívám se, že na ZZS LK se objevují známky syndromu vyhoření nejméně u 10% zdravotnických záchranářů.

**TABULKA .17: Průměrný bodový zisk respondent**

0 - 10	10
11 - 20	28
21 - 30	24
31 - 40	8
41 - 50	4
51 - 60	6
61 - 70	2
71 - 80	0
81 - 90	0
91 - 96	0

**GRAF .17: Průměrný bodový zisk respondent**



### Popis

Tento graf popisuje pohled celkového bodového zisku všech respondentů. Z grafu je patrné, že nejpočetnější je skupina respondentů, která se pohybuje v bodovém rozmezí 11 – 20 bodů. V této skupině je 28 respondentů. S nepatrným odstupem je skupina s rozmezím 21 – 30 bodů s 24 respondenty. Další skupiny mají výrazný odstup.

### Diskuse

Maximální počet bodů, kterého bylo možné v dotazníku dosáhnout bylo 96. Autor proto stanovil, že u respondentů, kteří získali více jak 40 bodů, se již jistě známky syndromu

vyho ení projevují. Tuto hranici zvolil, jelikož už se jedná o zisk téměř poloviny možných bodů. Což bez pochyby ukazuje již na významné ohrožení syndromem vyho ení. Toto množství bodů získalo 12 respondentů z celkového počtu. V procentuálním vyjádření je to 9,8 % respondentů což téměř přesně odpovídá odhadu vyjádřenému autorem v rámci pátého předpokladu. Rizikovou skupinou však dle autora zůstávají i respondenti, kteří získali 31 – 40 bodů. Ti se již ke stanovené hranici také blíží.

Autor je přesvědčen, že údaj 10 % ohrožených syndromem vyho ení je dle vodem k zamyšlení. A to zejména ze strany zaměstnavatele. Toto procento není nijak zanedbatelné, jak by se zprvu mohlo zdát. Pokud bychom se podívali na ještě respondenty s druhým nejvyšším bodovým ziskem, kteří dle autora také nejsou bez rizika, dostaneme počet 20 respondentů s rizikem vzniku syndromu vyho ení. To je cca 24 % respondentů. A to už je dle autora údaj skutečně alarmující.

Plánami tohoto výsledku a možnostmi řešení tohoto problému se bude autor ještě zabývat v dalších kapitolách.

### **3. 6. Vyhodnocení předpokladů**

**K problematice syndromu vyho ení je poměrně snadné získat velké množství informací a to jak v tištěné podobě, tak i v podobě elektronické. Vzhledem k tomu, že autor na pracovišti ZZS LK vykonával část své odborné praxe a dříve zde i pracoval, nebyl problém získat zaměstnance ochotné k vyplnění dotazníku. Spolupráce s nimi byla velice příjemná a od této části respondentů, od kterých vybíral dotazníky přímo, získal autor ještě řadu podstatných informací, které následně využil. V rámci výzkumného projektu bylo osloveno 90 respondentů. Aktivně se zapojilo do projektu 82 respondentů. Všichni respondenti, kteří se zapojili do projektu, jsou zaměstnanci ZZS LK zařazení na pozici záchranář/ka.**

Na základě výzkumného šetření autor stanovil předpoklady, které se následně pokusil za pomoci výsledků dotazníkového šetření potvrdit nebo vyvrátit. Na základě výsledků výzkumného šetření se ukázalo, že stupeň vzdělání a s tím související teoretické znalosti problematiky syndromu vyho ení nemají předpokládaný vliv na četnost výskytu projevu syndromu vyho ení. Zcela překvapivě se ukázalo, že z oslovených respondentů mají právě vysokoškoláci nepatrně větší problémy s projevy syndromu vyho ení. A to zejména v oblasti tělesné. Na základě tohoto zjištění autor konstatoval, že předpoklad 1 se nepotvrdil.

Při hledání vku, ve kterém se nejvíce objevují projevy syndromu vyho ení, ukázaly výsledky šetření, že skupinou respondentů, která je nejvíce ohrožena projevy syndromu

vyho ení, je skupina ve v kovém rozmezí 40 – 49 let. Bez jakéhokoli ohrožení však není dle autora žádná v ková kategorie respondent . Na základ výsledk šet ení autor konstatuje, že p edpoklad . 2 se p ímo nepotvrdil. Nedá se však s jistotou ani íci, že by byl zcela vyvrácen.

V literatu e zabývající se syndromem vyho ení je jako nej ast jší doba vykonávání praxe, po které se známky syndromu vyho ení objevují, 3 - 5 let. Na základ výsledk plynoucích z výzkumného šet ení je patrné, že projevy syndromu vyho ení u výzkumného vzorku záchraná ZZS LK jsou nejmarkantn jší u skupiny, která danou profesi vykonává v pr m ru 13 – 18 let. P estože výsledky jak u muž tak u žen dopadly stejn je zajímavé, že u mužské ásti respondent je bodový odstup této skupiny s praxí 13 – 18 let od ostatních velice výrazný. Celkov lze však dle autora íci, že na základ výsledk dotazníkového šet ení se p edpoklad . 3 nepotvrdil. I když jedinci projevující známky syndromu vyho ení nebo známky ohrožení tímto syndromem se objevili i ve skupin respondent s nejkratší praxí.

Autor zjistil, že projevy syndromu vyho ení podle výsledk dotazníkového šet ení mnohem více ohrožují mužskou ást respondent než ást ženskou. Tento rozdíl je tak výrazný, že je to pro autora nejv tší p ekvapení z celé práce. Na základ tohoto výsledku autor zjiš uje, že p edpoklad . 4 se nepotvrdil.

Výzkumné šet ení v p ípad p edpokladu . 5 dle autora ukázalo, že se u prakticky 10% respondent objevily známky syndromu vyho ení. Tím byl p edpoklad potvrzen. Nelze se ovšem domnívat, že by množství 10% bylo n jak nevýznamné. Zvlášt , když se t sn pod bodovou hranicí 40 bod pohybuje již pom rn velký po et respondent a ani u nich není dle autora riziko zanedbatelné.



## 4. ZÁVĚR A DISKUSE

Účelem této práce nebylo pouze popsat problematiku syndromu vyhoření v patřičném rozsahu a tím splnit jednu z podmínek ukončení vysokoškolského studia. Snahou autora bylo nabídnout ucelenou práci, která se zabývá syndromem vyhoření zaměstnanců u jedné konkrétní organizace a v případě zájmu poskytnout výsledky práce této organizaci k podrobnějšímu prostudování.

V první části se autor zaměřil na teoretické zpracování problematiky syndromu vyhoření. Jeho snahou bylo uceleně popsat tento jev včetně příčin, jednotlivých fází, komplikací, které tento syndrom člověku způsobuje a v neposlední řadě popsat možnosti obrany příslušníků pomáhajících profesí před obtížemi, které syndrom vyhoření způsobuje. K tomuto autor využil odborných pramenů v podobě knih, časopisů, studijních materiálů a internetu.

Ve druhé části práce si autor kladl za cíl zjistit aktuální výskyt syndromu vyhoření mezi zaměstnanci Zdravotnické záchranné služby Libereckého kraje.

Dotazníkovým šetřením skupiny respondentů a následným vyhodnocením získaných dotazníků dospěl autor k velice zajímavým zjištěním. I když v této části zkoumaných předpokladů se nepotvrdila. Jelikož se však známky syndromu vyhoření vyskytují u nezanedbatelného procenta respondentů, je nutné se zamyslet nad příčinami a možným řešením tohoto jevu.

Autor této bakalářské práce se v průběhu výkonu odborné praxe, kterou vykonával na pracovišti Zdravotnické záchranné služby Libereckého kraje, stal svědkem velice zajímavé situace. Ta nastala při zásahu výjezdové skupiny u pacientky, která jako indikaci pro výjezd uvedla neurčitě bolesti břicha. V průběhu vyšetření záchranářem bylo zjištěno, že se jedná o banální onemocnění, a že pacientka trpí obtížemi již několik dní. Záchranář se proto pacientky zeptal, proč nenavštívila svého praktického lékaře, který by příčinu bolestí zjistil a odstranil a žena by již dávno mohla být bez zdravotních obtíží. Na to žena odpověděla „že na líčení po doktorech nemá čas, a že tohle je mnohem pohodlnější a rychlejší“. Žena bylo sice znepokojena, že bude transportována do nemocnice k vyřešení jejích zdravotních problémů i přesto, že tento výjezd hraničí se zneužitím záchranářské služby. Pacientka na toto reagovala velice podrážděně a záchranář mimo jiné odpověděla, „že si je platí ze svých daní“. Jak se později při rozhovorech ukázalo, je to právě obdobný druh výjezdů, který záchranáře nejvíce deprimuje. Bohužel v poslední době takovýchto zásahů přibývá.

Autor se m ěže pouze domnívat, co je p í inou tohoto stavu. Mnozí záchraná i uvád ějí, že nár st obdobných výjezd ě je v posledních n kolika letech mnohonásobný. Nedílnou spoluú ast na tomto stavu má zajisté p ístup lidí, kte í záchrannou službu považují za b ěžnou službu poskytovanou státem, která musí okamžit ě pomoci p í jakékoliv zm ěn ě zdravotního stavu. Tyto faktory se podílejí na tom, že podobných výjezd ě jako ten, který byl popsán výše, velice rapidn ě p íbývá. Je pochopitelné, že je záchraná i tento stav vnímán velice negativn ě. Jejich posláním je zachra ťovat lidi v ěivot ohrožujících stavech a místo toho eší p ípady jako jsou lehké úrazy, opilci, chronické bolesti, zvýšená teplota a podobné neduhy, kterými by se v p ípad ě zdravotnické záchranné služby v ěbec nem ěly zabývat.

Autor této práce se pokusil na základ ě svých zkušeností a pozorování b ěhem praxe absolvované na ZZS LK najít další faktory, které se podle n ěj z ejm ě významn ě podílejí na vzniku syndromu vyho ění u záchraná ě. Domnívá se, že jsou to neustále se opakující indikace výjezdu (stále stejný úzký okruh diagnóz). To d ěíve ě i pozd ěji svád ěí ke vzniku stereotyp ě.

Dále je to dle autora neod vodn ěná agresivita pacient ě (s tímto negativním jednáním se záchraná i setkávají pom ěrn ě často a bohužel v poslední dob ě nabývají tyto útoky nejen na etnosti, ale i na intenzit ě). Velice demotivujícím zp ťsobem také na záchraná e p ťsobí velmi ásté výjezdy k opilým. Lidé, kte í cht ějí pomáhat nemocným, se mnohdy musí zaobírat opilci, od kterých se jiní distancují. Celkem b ěžn ě se stává, že b ěhem celé no ěí dvanáctihodinové sm ěny ne eší jiný typ výjezd ě. K tomuto ješt ě dle autora p íspívá absence záchytné stanice v Libereckém kraji.

Dalším faktorem spolupodílejícím se na vzniku syndromu vyho ění m ěže být dle autora pom ěrn ě ástý neúsp ěšný boj se smrtí. Všichni záchraná i v dí, že nemohou pomoci každému, ale zejména tzv. zbyte n ěá úmrtí mohou vést k ur ěitému pocitu bezmoci. Bohužel je jich pom ěrn ě vysoké procento.

Z rozhovor ě autor také zjistil, že velmi negativn ě je záchraná i vnímáno „nevlídn ě“ chování léka řského personálu na ambulancích. P ěpracování a p ěet ěžování léka ěi nez ídka použijí jako ventil pro své p ějetí práv ě záchraná e, kte í „je zásobují zbyte n ěmi p ípady, neodborn ě vyšet ťují pacienty, nesprávn ě ur ěují cílovou ambulanci pro nemocné a pod.“ Neustál ě obhajování svých rozhodnutí a postup ě zajisté k p ílíšnému pocitu pracovní úsp ěšnosti nep ídává.

Jestliže n ěkdo stále tvrdí, že syndrom vyho ění nep ědstavuje pro záchraná e významný problém, tak jeho argumenty se nezakládají na pravd ě. Na základ ě výsledk ě výzkumn ěho šet ění mezi zam ěstnanci ZZS LK autor zjistil pom ěrn ě velké množství

zajímavých údajů. Jako skupina, která je dle výsledků dotazníkového šetření nejvíce ohrožena rozvojem syndromu vyhoření, se autorovi jeví být 40 – 50ti letí muži s délkou praxe 13 – 18 let, kteří svými bodovými zisky mnohdy velice výrazně převyšují další skupiny.

Přestože pouze 10% respondentů vykazuje dle autora jasné známky syndromu vyhoření, nelze toto číslo považovat za nikterak nízké. K tomuto množství respondentů je dle autora nutno připočítat ty, kteří se pohybují těsně pod touto hranicí. Všichni respondenti znají termín syndrom vyhoření i to, jak je dokáže ohrozit. Jestliže si jednotliví zaměstnanci při rozhovoru v soukromí byli ochotni připustit toto nebezpečí a projevíli ochotu tento problém řešit, nabízí se zaměstnavateli možnost využití této ochoty zaměstnanců. Na základě výše uvedených výsledků je jednoznačně patrné, že u ZZS LK je více než nutné zahájit kvalitní program se zaměřením na prevenci projevů syndromu vyhoření. Jak autor zjistil, tak právě takovýto program zde naprosto chybí.

## 5. NÁVRH NA OPATŘENÍ

Autor se domnívá, že program zaměřený na prevenci a řešení syndromu vyhoření by měl obsahovat pět nejmenších náležitostí, která z těchto doporučení:

Na každém výjezdovém pracovišti by se měla vyvíjet doporučení, která jsou pro zaměstnance nutná v rámci prevence vzniku syndromu vyhoření. Je důležité, aby tento materiál byl zpracován zajímavou formou, která by pracovníky oslovila. Vytvořit nezajímavý seznam by bylo pouze mrháním času. Samozřejmě by měl být také telefonický kontakt na erudovaného psychologa. Návrh autora, jak by takový leták mohl vypadat je součástí této práce jako příloha č. 3.

Organizace by měla zaměstnat erudovaného odborníka - psychologa, který se na problematiku syndromu vyhoření u pomáhajících profesí zamůže. Tento odborník by měl mít pracoviště mimo prostory ZZS LK a to z důvodu nezbytnosti dodržení diskrétnosti při sezeních. Zaměstnanci by měli mít možnost kdykoliv si sjednat schůzku.

Po výjezdech, které se svou náročností vymykají běžnému spektru (jedná se například o hromadné nehody, resuscitace atd.), by se měly konat pod odborným vedením tzv. debriefingy. (Jedná se o skupinovou terapii se specifickými pravidly, kterou je vhodné naplánovat 1 – 3 dny po krizové situaci.)

Měla by se konat pravidelná sezení supervizních skupin. Dále by se měly provádět pravidelné tréninky zvládání stresových situací a zvládání projevů agrese. Zaměstnanci by se měli cvičit v relaxačních technikách.

Organizace by měla vytvořit zaměstnancům odpovídající pracovní prostředí. Neměl by být opomíjen vhodný prostor pro odpočinek a relaxaci v době mezi výjezdy.

Měly by se jasné stanovit pracovní postupy a kompetence, což by zajistilo snížení stresu při výjezdech.

Organizace by měla vytvořit ucelený program na podporu celoživotního vzdělávání zaměstnanců.

Vedoucí pracovníci by měli oceňovat dobrou práci svých zaměstnanců. Nemusí se jednat o finanční odměnu, stačí i slovní ocenění či jiná forma odměny.

Pro zaměstnance by měl být vytvořen relaxační program, ve kterém by si každý našel to své. Vhodné by bylo poskytnout společné sportovní aktivity například volejbal, výlety na kolech a lyžích nebo poskytováním slev či vstupenek umožňovat návštěvy bazénu,

fitness center apod. Vhodné by bylo také uskutečňovat akce v oblasti kultury - divadlo, zájezdy na koncerty a muzikálová vystoupení apod. Tyto aktivit by se měly mít možnost zúčastňovat také rodinní příslušníci zaměstnanců.

Existenci syndromu vyhoření je dle autora třeba brát jako velice vážný problém, který velkou měrou může ovlivnit prakticky každého. To, co se podle autora musí změnit v první řadě, je myšlení lidí. Považování syndromu vyhoření za projev slabošství či v domě popírání zcela viditelných příznaků je zcela nepřijatelné. Bohužel, jak autor během své stáže na ZZS LK zjistil, je právě toto současný stav, který není nikterak ojedinělý a v mnoha pracovních kolektivech je spíše pravidlem.

Autor je přesvědčen, že je třeba, aby se o syndromu vyhoření mluvilo mnohem více a otevřeněji než jak tomu v současné době je. Důležité je také, aby lidé poznali, že tento syndrom není nic, před čím mají zavírat oči a za co by se měli stydět. Jestliže k této změně alespoň nepatrným dílkem přispěje tato práce, bude to pro autora ta nejvyšší odměna za čas strávený nad touto prací.

## 6. SEZNAM POUŽITÝCH INFORMACÍ A ZDROJŮ

1. K IVOHLAVÝ, J. *Jak zvládat stres*. Praha, Grada Avicenum, 1997. ISBN 80-7169-121-6
2. HARTL, P., HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-303-X
3. SCHREIBER V. a spolupracovníci, *Stres patofyziologie – endokrinologie – klinika*. 3564. Avicenum, zdravotnické nakladatelství, n. p. 1985. ISBN 08 - 045 – 85
4. KOMÁRKOVÁ R., Ivan Slamník, Jozef Výrost, *Aplikovaná sociální psychologie III, Sociální psychologický výcvik*. 1388. Grada vyd. 2001. ISBN 80-247-0180-4
5. BRTOŠÍKOVÁ, I. *O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry*. Vyd. 1. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006. 86 s. ISBN 80-7013-439-9.
6. ŠVINGALOVÁ, D. *Stres a "vyhoření" u profesionálů pracujících s lidmi*. Vyd. 1. Liberec: Technická univerzita v Liberci, 2006. 82 s. ISBN 80-7372-105-8
7. TOŠNER J., TOŠNEROVÁ T., *Burn – out syndrom Syndrom vyhoření. Pracovní sešit pro učastníky kurzů*. Hestia 2000.
8. BYDŽOVSKÝ J. *Akutní stavy v kontextu* Triton 2008. ISBN 978-80-7254-815-6
9. K IVOHLAVÝ J., *Psychologie zdraví*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-774-4
10. KEBZA V., ŠOLCOVÁ I., *Syndrom vyhoření* Státní zdravotní ústav Praha 2003. ISBN 80-7071-231-7
11. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese: Variabilita a patologie lidské psychiky*. 1. vyd. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-214-9.
12. VODÁKOVÁ D., a kol. *Krizová intervence*. Praha: Portál, 2002. ISBN 80 – 7178 – 696 – 9.
13. HAWKINS P., SHOHET R., *Supervize v pomáhajících profesích*. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-715-9.
14. K IVOHLAVÝ J., *Jak neztratit nadšení*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 1998. ISBN 80-7169-551-3.
15. DAVIDSON J., *Jak zvládnout stres*. Praha: Pragma, 1998. ISBN 80-7205-496-1.
16. VOLLMER H., *Práce s únavou: syndrom vyprahlosti*. Praha : Motto, 1998. ISBN 80-85872-90-0
17. BAŠTECKÁ B., GOLDMAN P., *Základy klinické psychologie*. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-550-4

18. STRNADOVÁ V., *Kurz psychologie. Hradec Králové: Gaudeamus, 2005. ISBN 80-7041-475-8*
19. VEJŠŤOVÁ – PROCHÁZKOVÁ, A. Syndrom vyhoření jako důsledek zanedbávání péče o sebe u lékařů a zdravotníků. *Časopis urgentní medicíny*. 2005, ročník 8, číslo 2, s. 27. ISSN 1212-1924.
20. RABOCH, J., ZVOLSKÝ, P., *Psychiatrie*. Praha: Galén, 2001. ISBN 80-7262-140-8

## **7. SEZNAM PŘÍLOH:**

- 1. Dotazník**
- 2. Fotografie**
- 3. Leták s pravidly a doporučeními - návrh**



## Příloha . 1 – Dotazník

### INVENTÁŘ PROJEVU SYNDROMU VYHOŘENÍ

(zaškrtněte u každé položky, do jaké míry se vás jednotlivé výpovědi týkají)

1. Vaše pohlaví	Muž	Žena
2. Váš věk	20 – 29 let, 30 – 39 let, 40 – 49let, 50 a výše	
3. Vaše nejvyšší dosažené vzdělání	střední odborné s maturitou vyšší odborné vysokoškolské	
4. Vaše délka praxe v oboru (v letech)	.....	

Vždy 4

často 3

Někdy 2

Zřídka 1

Nikdy 0

5. Obtížně se soustředíte	4	3	2	1	0
6. Nedokážu se radovat ze své práce	4	3	2	1	0
7. Připadám si fyzicky „vyždímaný/á“	4	3	2	1	0

8. Nemám chuť pomáhat problémovým klientům	4	3	2	1	0
9. Pochybuji o svých profesionálních schopnostech	4	3	2	1	0
10. Jsem sklíčený/á	4	3	2	1	0
11. Jsem náchylný/á k nemocem	4	3	2	1	0
12. Pokud je to možné vyhýbám se odborným rozhovorům s kolegy	4	3	2	1	0
13. Vyjadřuji se posměšně o příbuzných klienta i o klientech	4	3	2	1	0
14. V konfliktních situacích na pracovišti se cítím bezmocný/á	4	3	2	1	0
15. Mám problémy se srdcem, dýcháním, trávením, apod.	4	3	2	1	0
16. Frustrace ze zaměstnání narušuje moje soukromé vztahy	4	3	2	1	0
17. Můj odborný růst a zájem o obor zaostává	4	3	2	1	0
18. Jsem vnitřně neklidný/á a nervózní	4	3	2	1	0
19. Jsem napjatý/á	4	3	2	1	0
20. Svou práci omezují na její mechanické provádění	4	3	2	1	0
21. Přemýšlím o odchodu z oboru	4	3	2	1	0
22. Trpím nedostatkem uznání a ocenění	4	3	2	1	0

23. Trápí m <sup>ě</sup> poruchy spánku	4	3	2	1	0
24. Vyhýbám se ú <sup>č</sup> asti na dalším vzd <sup>ěl</sup> ávání	4	3	2	1	0
25. Hrozí mi nebezpe <sup>č</sup> í, že ztratím p <sup>ř</sup> ehled o d <sup>ě</sup> n <sup>í</sup> v oboru	4	3	2	1	0
26. Cítím se ustrašený/á	4	3	2	1	0
27. Trpím bolestmi hlavy	4	3	2	1	0
28. Pokud je to možné, vyhýbám se rozhovor <sup>ům</sup> s klienty	4	3	2	1	0

D<sup>ě</sup>kují za vypln<sup>ění</sup> Petr Mat<sup>ěj</sup>ka

## Příloha . 2 - Fotografie



Zásah posádek RZP a LZS na dálnici

foto: Jiří Černý



Vyprošování pacienta z havarovaného vozu

foto: Ondřej Franěk



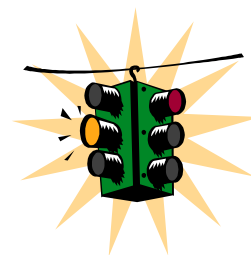


Denní místnost výjezdové stanovišť ZZS LK Husova m sto foto: P. Mat jí ka



Odpočinková místnost výjezdové stanovišť ZZS LK Husova m sto foto: P. Mat jí ka

### Příloha 3 - Leták s pravidly a doporučeními - návrh



Milí kolegové!

Aby nám naše práce nepřestala přinášet radost, nezapomínejme na jednoduchá pravidla:

*Najít v práci optimální stupeň osobní angažovanosti ve vztahu ke klientům, pacientům, žákům, rodičům...*

*Dodržovat pestrý režim práce.*

*V rámci pracovního dne dlat přestávky a využít je k regeneraci sil.*

*Od sledování oddělovat pracovní život od osobního. Je třeba naučit se zavízt své pracovní starosti za dveře kanceláře, stejně jako nepřinášet s sebou své osobní starosti do zaměstnání.*

*Pracovní neúspěchy je třeba negeneralizovat, hodnotit je v širším kontextu a především z hlediska snahy. Pokud byla vynaložena snaha přiměřená, není třeba prožívat neúspěchy jako tragédii.*

*Dbát o dobré sociální zázemí, vážit si sociální podpory.*

*Mít realistické nároky na sebe. Připustit svoji nedokonalost.*

*Stanovit si priority.*

*Být dostatečně asertivní.*

*Umožňovat delegovat úkoly na jiné.*

*Umožňovat požádat o pomoc.*

*Nepotlačovat svoje pocity, mluvit o nich, vyjadřovat je, sdílet se.*

(Švingalová, 2006, s. 59)

**Kdykoliv budete cítit potřebu pohovořit si o svých pocitech, náladách kontaktujte psychologa ZZS LK pana Nováka na tel. čísle 123 456 789. Nebojte se zavolat !!!**

